

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Tratamiento del cáncer laríngeo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Luis Vila Abadal

Madrid, 2015

TRATAMIENTO

del

!
C A N C E R L A R I N G E O

Tesis para el Doctorado de

Don. Luis Vila Abadal.

PROLOGO.

Como indica el epígrafe, no está en mi ánimo desglosar, en este reducido trabajo el dilatado asunto que envuelve el concepto abstracto CANCER; ni intento concretar en unas cuantas páginas la variedad de aspectos que comprende el tratamiento del mismo, sino solo, tratar de exponer los principales procedimientos quirúrgicos empleados en su tratamiento y escoger de entre ellos los que considere mejor cumplen, según el caso, la indicación, apuntando al propio tiempo aquellos medios quirúrgicos que pueden en determinadas circunstancias completar la intervención cruenta y en algunas deban sustituirla.

De aquí que al exponer un tratamiento general del cáncer, debemos hacer salvedades según sea la variedad tumoral y dentro de la misma

clase, según la localización sea intra ó extralaringea. De la misma manera que varia el pronóstico según la variedad, varia según la localización de la neoplasia y la edad del paciente; así debemos establecerlo distinto cuando se trata de un cancer intralaringeo limitado, de cuando es aquel extralaringeo, pues reviste el último mayor gravedad, la cual se acentua aun mas si radica en el cuerpo tiroideo, reconocido por todos de malignidad suma, criterio comprobado por mi en un caso operado ~~por el Dr. J. J. J.~~ en el Hospital Clínico; era la tumuración del tamaño de la cabeza de un feto invadia los dos lóbulos tiroideos y paratiroideos del lado derecho extendiéndose hasta las últimas cervicales con las que mantenía adherencias, por este lado; gran cantidad de masa caseosa ocupaba una cavidad limitada por esófago, columna vertebral y masas musculares. La laringe estaba ladeada seis centímetros á la

4

izquierda correspondiendo á la prolongación de la línea mamaria. Hecha la extirpación completa de la masa tumoral, murió el enfermo á los quince días por hemorragia, debida á la destrucción de la yugular interna, por invasión neoplásica. Es de advertir que no existían gánglios infiltrados antes y después de operado.

Lo mismo sucede respecto á la edad del paciente; en los individuos jóvenes es raro el cáncer, pero su evolución es mas rápida y la recidiva es mas frecuente que en los sujetos de edad avanzada, siendo en los primeros poco menos que constante.

De lo dicho se desprende, que no podemos amoldar el tratamiento de todo cáncer laríngeo á un criterio único, sino muy al contrario, debemos tener en cuenta los diversos factores que acompañan á cada caso particular, pues según fuese en estos deberá variar dicho tratamiento.

5

Hoy, aun todas las neoplasias epiteliales laringeas deben tratarse por medios cruentos; solo en fases avanzadas de epiteliomas atipicos extralaringeos que han pasado ya el límite de lo operable ó en epiteliomas intralaringeos que salidos de su estuche se portan como los mismos extralaringeos, avanzados, sumiendo al enfermo en estado caquéctico, está indicado el tratamiento paliativo, ya sea local ó general.

No solo las neoplasias epiteliales pavimentosas y cilindricas, sino tambien las formas epiteliales glandulares atipicas mismas, pasan por una primera fase en la que la curación es la regla, es mas, en fases avanzadas de desarrollo, con invasión ganglionar un tratamiento cruento enérgico consigue evitar la recidiva multitud de veces.

Por lo mismo, siempre un diagnóstico precoz será el primer factor para un tratamiento curativo, de éxito seguro.

6

Voy pues á ocuparme del tratamiento de estas neoplasias laringeas, agrupadas en dos grupos: neoplasias intralaringeas y extralaringeas; debiendo tener en cuenta que algunas veces las neoplasias intralaringeas se hacen extralaringeas al avanzar en su desarrollo el tumor.

Tanto las unas como las otras pueden ser epiteliales pavimentosas ó epiteliales cilindricas ó carcinomatosas, segun se desarrollen á expensas del epitelio pavimentoso, como el de las cuerdas vocales y pared posterior de la epiglotis, que son los mas frecuentes; ó bien se desarrollen á expensas del epitelio cilindrico tubulado, bastante raras; ó bien tome como base el tejido alveolar, ya adquiriendo el tipo encefaloide, algo comun; ya excepcionalmente el adenomatoso; fasciular; esfirroso; etc.

7

Pero como todos los tumores epiteliales laringeos tienen el mismo tratamiento, sea cual fuere su variedad, y solo varia el tratamiento según el grado de desarrollo y la localización; estimo justo que practicamente se denomine con idéntico nombre todas las neoplasias malignas intra y extralaringeas; incluyo pues en el común denominador CÁNCER las variedades epiteliales y conjuntivas, que ya el vulgo viene designando con dicho nombre.

Prescindiendo, por lo mismo, de diferenciaciones histológicas intentaré una división de las neoplasias laringeas, que teniendo como base el tratamiento, sea esencialmente práctica y amoldada al tema; agrupando estas neoformaciones en tres grupos, según el desarrollo que hayan adquirido cuando las examinemos.

Caben en el primer grupo los cánceres en su primer periodo de

8

desarrollo, cuando son muy limitados, ~~y~~ superficiales y susceptibles por lo tanto de un tratamiento curativo poco mutilador.

Tributarios del segundo grupo son los cánceres que han adquirido ya un desarrollo extenso y deben ser tratados enérgicamente con una intervención total mutilante en extremo. Pertenecen este grupo los cánceres intrínsecos que han pasado del primer período y los extrínsecos al principio de su desarrollo.

En el tercer grupo incluyo las neoformaciones en individuos caquécticos que se tratan paliativamente.

Como se vé, es imposible, con esta clasificación, trazar una línea divisoria entre cada uno de estos grupos; son grupos hasta cierto punto arbitrarios que tienen como base el tratamiento y no una diferenciación anátomo-patológica; no hay diferenciación cualitativa sino

cuantitativa. Es una clasificación á base de criterio clínico esencialmente práctica, amoldándose perfectamente al espíritu de este trabajo y por lo mismo, la creo razonable; pero tengase en cuenta que no todos los cánceres laringeos pasan en su evolución por los tres periodos mas arriba señalados, muchos de ellos desde su aparición pertenecen al segundo grupo.

Como antes apunté, en el estado actual de conocimientos médicos solo se conoce un tratamiento curativo de estas neoplasias cancerosas, el quirúrgico; la extirpación de la neoformación epitelial y de los tejidos sanos peri-tumorales y ganglios linfáticos por invasión neoplásica.

Imposible es dar concepto completísimo de cuando debe intervenir en caso de cáncer laringeo, pero la tendencia actual de los

cirujanos es la de intervenir todos los cánceres por mucha que sea la difusión, mientras la caquexia no sea marcada. En este caso vale mas abstenerse, pues las extirpaciones parciales no conducen á ningun resultado práctico y solo sirven de acicate á la dolencia que adquiere desde entonces una marcha mucho mas rápida. Por esto siempre que es lógico intervenir, debe ser regla en el tratamiento del cáncer, que nos ocupa, aquella frase en apariencia contradictoria, respecto al tratamiento de las neoplasias malignas: el que mas corta es el que mejor conserva. Pero cuando por lo avanzado del proceso, por las recidivas post-operatorias ó por las metástasis á que dá lugar, no es posible, ó cuando menos racional, el tratamiento quirúrgico no tenemos otro remedio que apelar á los tratamientos quirúrgicos.

Desgraciadamente la terapéutica no cruenta tiene una acción tan poco manifiesta en esta clase de dolencias, que casi ni efectos palia-

11

tivos logra, la mayoría de veces.

Como á tratamiento paliativo, no obstante, podemos hacer uso de variedad de substancias que van pasando por el arsenal terapéutico del médico, en su afán de encontrar un medicamento de resultados positivos en la curación del cáncer, ó cuando menos de manifiestos efectos paliativos ó retardantes de la marcha rápida del proceso; desgraciadamente el resultado paliativo, único á esperar, resulta poco menos que una excepción en todos ellos, siendo la regla el fracaso de los mismos.

Como á tratameinto tópico se ha empleado el termo-cauterio, cauterio frio, y radiaciones eléctricas, en forma de electro-coagulación y fulguración; aplicaciones de rayos Rönägen, de efectos manifiestos en algunos casos de recidiva. Son utilizables en el tratamiento de las recidivas post-operatorias las inyecciones de sales radiactivas en

R

suspensión en un líquido isotónico, las cuales tiene efectos tópicos bien marcados en algunos casos, lo propio que las aplicaciones de sales de radium superiores á cienmil unidades y á dosis conveniente. Sabemos por los trabajos de Ferreri, Poliak de Budapest, Killian, Culbert, Fredental y otros, los resultados favorables obtenidos con dichas sales en el tratamiento de los papilomas laríngeos, Culbert trató así mismo con éxito una niña de 17 años con papilomas recidivantes de las cuerdas vocales que ultimamente presentaron aspecto sarcomatoso y la díseña le obligó á practicar la traqueotomía; en la cánula colocó una cápsula de celuloide conteniendo radium mantenido por un hilo fijador, durante treinta minutos y obtuvo la curación. Con técnica parecida Falgar recurrió á las aplicaciones de radium en un canceroso inoperable, que la neoplasia invadía laringe, base de la lengua, submaxilares y toda la red ganglionar cervical; traqueotomizado y tra-

tado con aplicaciones de radium, tuvo una supervivencia exagerada y murió mejorado de su caquepéa, por compresión ganglionar sobre los grandes vasos del cuello.

Con diez centigramos de bromuro de radium no se provoca ningún transtorno y teniendo la precaución de reglamentar la cantidad de fuerza radioactiva con la duración, se obtienen buenos efectos; las aplicaciones intra-laringeas demasiado prolongadas causan molestias y son difíciles, y el empleo de cantidades menores de sal produce efectos contrarios, pues los cánceres de las mucosas necesitan dosis grandes para modificarse favorablemente y en caso contrario se agudiza su marcha.

Se han empleado así mismo soluciones modificadoras de las células cancerosas, en inyección hipodérmica de hipocloritos alcalinos, cuyos resultados en algunos casos son de efectos calmantes y aun algunas

veces interrumpen por algunos días y aun meses la rápida invasión del cáncer, pero jamás se ha logrado dominar por completo el proceso.

Lo mismo podemos decir del empleo de los metales coloidales que hoy se usan en gran escala y cuyos resultados son deslumbrantes, á veces, después de las primeras inyecciones, pero luego el cáncer sigue progresivamente y de una manera rápida su interrumpida marcha.

Por ser datos de observación propia y creerlos aplicables al cáncer laríngeo he de citar lo que he visto con el empleo del electro-cuprol y electro-seleniol.

Con el electro-cuprol en inyección hipodérmica pude calmar rápidamente los agudos dolores producidos por un cáncer de estómago, mejorando el estado general de la enferma, sin que se observase disminución alguna en el tamaño de la tumuración. En dos casos de cáncer del

maxilar inferior tratados como el anterior con inyecciones hipodérmicas de eléctro-cuprol á dias alternos, ningun resultado favorable se logró. En cambio en un caso de cáncer braquial tratado de la misma manera que los anteriores, se presentaron desde la segunda inyección fenómenos agudos generales (nauseas, vómitos, disnea, dolores) que obligaron á suspender el tratamiento. Y aun hemos visto resultados mas funestos con el empleo del eléctro-selenio; el Dr. Cortés Lladó trató con selenio coloidal á los tres enfermos siguientes; inyectandoles el dia 30 de Enero de 1913, cinco centímetros cúbicos de selenio coloidal en inyección intra-venosa; á un enfermo con braquioma muy duro y voluminoso, á otro con cáncer de la lengua y adenitis submaxilar y el tercero con cáncer del labio y grandes adenitis en todo alrededor. Los tres tuvieron un gran escalofrio despues de la inyecci

el primero perdió el conocimiento y murió á las dos horas con hipotermia exagerada, el tumor sumamente reblandecido, parecia un absceso, lleno de masa caseosa y células epiteliales mortificadas. La autopsia no aclaró nada. El segundo enfermo tuvo el escalofrio inicial muy intenso, lipotimias, pérdida del sensorio que comenzó vaneer y al día siguiente reblandecimiento del neoplasma y abundantes hemorragias. Falleció á los cuatro días despues de abundantes hemorragias en la masa del tumor. El tercer enfermo despues del escalofrio y lipotimias frecuentes, sobrevivió durante varios meses sin que se modificase el curso de la neoplasia. Además el Dr. Cortés habia tratado una enferma con inyección intramuscular de selenio-vanadio de cinco centímetros cúbicos, afecta de cáncer en coraza de la mama que murió con un cuadro al parecer de asistolia á las treinta horas de la inyección.

17

Otra enferma con cáncer del cuello de la matriz, tratada en un principio con hipocloritos alcalinos, se le inyectaron distintas veces dosis de tres centímetros cúbicos y de cinco centímetros cúbicos de selenio-coloidal en inyección intramuscular. No disminuyeron los dolores, ni se modificó la neoplasia, muriendo al cabo de unos meses después de fuertes hemorragias.

He visto así mismo emplear el selenio-coloidal en inyección intramuscular en un enfermo con sarcoma del esfenoideas. Obtuvose una lisis intensa de la neoplasia á las pocas horas de la inyección, sufrió ligeras lipotimias y mejoró su estado general y local. Pero á los pocos días volvió á su primitivo estado á pesar de una serie de inyecciones que se le dieron. Falleció á las tres semanas en plena caquexia.

Con el empleo de la cuprasa se han logrado buenos resultados en

18

el tratamiento de algunos sarcomas, pero no tengo experiencia de ello, así como tampoco de los efectos que produce en el cáncer el cusilol y las inyecciones de neoformans.

Mejores éxitos se han obtenido con el uso del mesoterium de efectos semejantes al radium. Las aplicaciones de nieve carbónica dan excelentes resultados en los epitelomas cutáneos no cancerosos, pero no es posible su empleo en el tratamiento de los epitelomas malignos.

Parece dar buenos resultados como á tratamiento del cáncer, especialmente del sarcoma y mejor como recurso post-operaterio, el empleo de la auto-lisis, con suero neoplásico y á auto-vacuna con vacuna tumoral, pero le falta á este medio la sanción del tiempo y temo con el se defrauden las esperanzas que hoy hace concebir.

19

Como epílogo á estas breves nociones generales sobre el tratamiento del cáncer me creo obligado á apuntar algo sobre el tratamiento del sarcoma laríngeo. Es el sarcoma un tumor enigmático, menos estudiado y conocido que el epiteloma y tambien menos frecuente que este, el cual además ofrece la particularidad de que sus diferencias de especie son mayores que en los epitelomas. A pesar de todo y teniendo en cuenta la diferencia de proceso y de pronóstico, podemos decir que el tratamiento es idéntico en las distintas variedades y se identifica con el del cáncer.

De esta manera llegamos á la clasificación práctica de estas dolencias laríngeas, que es á lo que debe llegar el clínico, al diagnóstico terapéutico. Justificandose hasta cierto punto el que se admita la vulgar expresión cáncer, para significar todas las neoplasias

20

de origen epitelial y conjuntivo con tendencia evolutiva destructora.

Dicho lo cual casi huelga decir, por lo que al tratamiento del sarcoma se refiere, que en nada difiere del expuesto á propósito del epitelioma, y que la extirpación es la única práctica que da resultados positivos, la cual con todo no debe ser en muchas variedades (y como á tipo el sarcoma con mieloplaxias) tan cruento como en el epitelioma, pues la tendencia invasora es menor, si bien las recidivas son igualmente frecuentes ó mas y el poder metastático está aumentado.

Debido á esta poca uniformidad de clase resulta que la acción de unos tratamientos da buenos resultados en unos casos y en otros falla por completo. No obstante, con haberse obtenido, al parecer, verdaderos éxitos en el tratamiento de sarcomas, mediante el radium, rayos Röntgen, eléctro seleniol y cuprasa, nosotros no podemos men-

21

cionar ningún resultado concreto y evidente de curación de estas neoplasias tratadas por medios no cruentos.

Sintetizando respecto á tratamiento de sarcomas y epitelomas podemos sentar: que todo cáncer al principio de su desarrollo y antes de que esté ulcerado, será susceptible de curación, siempre que se practique una extirpación de la masa tumoral y tejidos peritumorales, con ablación completa de los ganglios infartados.

Cuando en fases mas adelantadas de la dolencia, con gran invasión ganglionar, una intervención cruenta no ponga en peligro extremos la vida del paciente, debe intervenirse siempre que veamos probabilidades de un éxito temporal ó definitivo. En estos casos intervenidos debemos variar el tratamiento quirúrgico al radium-terápico ó Röntgenoterápico.

22

En casos de caque~~x~~ia, de metástasis múltiples, solo queda un recurso, el tratamiento por los metales coloidales ó el arsénico con objeto puramente paliativo, y cuando fracasados estos medios los dolores son intensos, solo la morfina ó el pantopon, que podemos asociar con la atropina ó la quinina. No temeremos la morfina~~ización~~ de estos enfermos, pues la sentencia que sobre ellos pesa es causa sobrada para que no sea obligatorio el empleo de tales sustancias que pueden aliviarle en algo.

12

HISTORIA
del tratamiento del
CANCER LARINGEO.

=====

Rápidamente voy á dar una hejeada á los medios quirúrgicos empleados para dominar el proceso canceroso de la laringe. Comienza el ^{primer} período de la laringuectomía en 1829 al practicar Albers esta operación experimentalmente en perros; le mismo hizo Czerny de Viena, siendo practicada la primera laringuectomía en el hombre por Watson en Inglaterra, en 1846, por ^{corregir} una estenosis sífilítica. Pero antes, en 1840 Trousseau había hecho una traqueotomía en un caso de cáncer laríngeo, que es la primera intervención laríngea por cáncer. Cooper, Green y Gordon Buek publicaron trabajos sobre intervenciones endo y exo-laríngeas por tumores malignos. Regnoli en 1886 publicó unas

24

observaciones quirúrgicas sobre el mismo tema. Pero cuando verdaderamente comenzó el período quirúrgico del tratamiento del cáncer ~~lax~~ laríngeo, fué en 1853 al practicar Billroth ~~el practicar~~ la primera laringuectomía, intervención que entró con alguna dificultad en la práctica necesitándose algunos años para alcanzar la cifra de veintiseis extirpaciones totales de laringe.

El segundo período se caracteriza por las intervenciones parciales. En 1878 ideó Billroth la hemi-laringuectomía. Se ocuparon así mismo de este tema en Francia Farwel, Descurts, Isambert en los años 1875, 1876 y 1877. Krishaber en 1879, P. Keek en 1880 publicaron nuevos trabajos así como Schüller, Blum, Cornil, Ranvier y Virchow se ocupan de la parte anatómo-patológica del asunto. Zeas publicó sesenta observaciones de laringuectomías parciales y totales en 1884.

El tercer período que es el de la laringuectomía parcial ya

25

algo ^{reglamentada} ~~reglada~~ empieza en 1884, En 1886 Schwarz admite la laringuectomia como á tratamiento de excepci3n, Labbé practica la primera laringuectomia en Francia. La Academia de Medicina de Paris condena la laringuectomia. En 1884 con motivo de la enfermedad del Emperador Federico III di3se un impulso grande á la cirugía laringea, practicándose en Alemania y Austria principalmente, ~~en este año~~, mas de cincuenta intervenciones.

El cuarto periodo empieza en 1890. Periodo de completo desenvolvimiento quirúrgico laringeo. Perier describe su proceder en un solo tiempo. Barden-heuer describe la sutura de la faringe para aislarla completamente de la tráquea. Moure en el mismo año describe ^{indistinto} ~~el mismo~~ procedimiento. Jerracz, Fraenkel, Goststtein, Schmidt, Semen, Baratonx, Goguenheim y Gaston, Charazac, etc publicaren trabajos sobre el asunto. Fíjase la idea de que las intervenciones endo-laringeas por

26

tumores benignos influyen en la tendencia maligna que adquieren los mismos. Desde 1890 á 1900 practicaron gran número de intervenciones laringueas Hahn, Bardenheuer, Labbé, Pean, Terrier, Perier, etc. Además Scheimann, Bergeat y Grand publicaron trabajos sobre tratamiento de los sarcomas laringeos. A pesar de todo, debido á los pocos éxitos alcanzados hay gran tendencia, especialmente en Francia, á preferir la traqueotomía paliativa á estas intervenciones directas.

Llegamos al quinto periodo. Desde 1900 hasta la actualidad se han practicado gran número de intervenciones de esta índole tanto parciales como totales. Se hacen laringueotomías totales en dos tiempos según los procedimientos de Le Bec y Real, Chiari, Sebileau y Lombart y en un solo tiempo, especialmente por Glück de Berlín siguiendo su procedimiento, por los procedimientos de Perier, Durante, Steri, etc

27

lográndose gran número de éxitos. En este periodo la laringuectomia dá sus frutos. Semon, Büttlin y Moure practican con buenos resultados la tirotomía y esta operación se extiende rápidamente por todos los países, para tratar epitelomas muy circunscritos. En nuestra patria se ha practicado y se practica la laringuectomia por muchos cirujanos y especialistas, hasta el punto que después de Alemania y Austria es la nación que cuenta con una estadística mas numerosa de intervenciones en un solo tiempo y en dos tiempos. Voy á citar solo los nombres de los que van al frente en esta materia en nuestra nación pues de citarlos á todos resultaria extremadamente larga la lista: Cisneros, Tapia, Lazárraga, Botey, Santiuste, Sojo, Falgar, Baltar, Gueáa, Botella, Spreafico, Cardenal y Raventós. Existiendo buen número mas que llevan practicada alguna ó algunas extirpaciones laringeas, habiéndome limitado á los que cuentan en serie el número de casos intervenidos.

28

Hemos llegado en la actualidad á un gran adelanto en la cirugía laríngea y ^{ya} pasado el tiempo aquel en que Pablo Keck podía decir que la habilidad del cirujano consistía en que en estas intervenciones, saliese el operado con vida de la sala de operaciones. Las estadísticas son brillantes y ^{ya} dentro unos años los éxitos dominarán por gran mayoría, y es mas reducido el número de recidivas cada día, cuando hace poco, sumaban mas de la mitad de los operados con éxito inmediato.

Para obviar el mutismo forzoso de los laringectomizados se han empleado gran número de aparatos de fonación, de sepio artificial y pulmonar, entre los que citaremos los de Quenu, Hechenegg, Delair, Botey, Glück, el ideado por un laringectomizado por Tapia, que emplea una laringe artificial, parecido al último modelo de Botey.

29

ETIOLOGIA - FRECUENCIA - DIAGNÓSTICO

Admitimos como muy probable la teoría de Cajal, para explicarnos la etiología del cáncer ó sea transmisión por injerto, sin que excluyamos la teoría infecciosa, ni la que admite el desarrollo de células embrionarias, aprisionadas en tejidos adultos y mantenidas en estado latente hasta ^{que} el organismo se halla en condiciones de ser invadido. Prescindimos de la teoría hereditaria. Ni el Dr. Sojo en los enfermos vistos en el transcurso de cuarenticinco años y el Dr. Falgar en veinticinco años, han visto un solo caso con antecedentes cancerosos.

El cáncer se desarrolla de los cuarenta á setenta años, no obstante se han visto algunos en la mas tierna infancia; yo he visto el cáncer laríngeo en individuos que pasaban de cuarenta años menos en tres casos, de treintidos, treinticinco y treintiocho años respectiva-

30

mente. De los veintitres casos por mí observados ninguno de ellos pertenecía al sexo femenino, igual ocurre al Dr. Falgar en sesenta y dos casos y al Dr. Sojo en unos treinta mas que ha visto.

El sarcoma es menos frecuente que el epiteloma y ataca con mas frecuencia que este á la mujer, segun la mayoria de autores. Me falta experiencia de ello.

El canto no parece tener influencia. El tabaco parece ser predisponente, la mayoria de los vistos por los Doctores Sojo y Falgar eran fumadores empedernidos. El alcohol tiene influencia parecida á la del tabaco. Los traumatismos y las intervenciones intra-laríngeas por tumores benignos no influyen en el desarrollo del cáncer. Faurel admite el artritisismo como causa favorecedora, en cambio dice ha observado que es muy reducido el número de los atacados entre los individuos del campo. Yo en los pocos casos que he observado, la

37

mayoría, eran campesinos los atacados. La sífilis parece favorecer el desarrollo del epiteloma, yo he visto un caso de cáncer laríngeo implantado en una cicatriz de un goma. El antagonismo entre tuberculosis y cáncer ha desaparecido.

La frecuencia de los tumores intra-laríngeos es mayor que en los extralaríngeos.

Respecto al diagnóstico debemos detenernos un poco más, dada su importancia para establecer un tratamiento apropiado, pues de un diagnóstico justo y precoz depende el éxito la mayoría de veces. La biopsia nos ayudará en gran manera para establecer aquel, pero no fiando solo a la misma la resolución del problema, ya que en ocasiones falla como medio único para formar criterio. Puedo citar un caso ~~de~~ ~~diagnosticado~~ diagnosticado clínicamente ~~como~~ de epiteloma, en el cual

los cortes histológicos (examinados por dos distinguidos histólogos de ^{Barcelona} la Capital) presentaban solo lesiones sífilíticas endo y peri vasculares, y que un tratamiento, intenso y bien dirigido, antisifilítico no logró resultado alguno, muriendo el enfermo á los cuatro meses en plena caquexia cancerosa é invadida la región precervical de adenopatías características.

Al principio de su desarrollo el diagnóstico del cáncer es un tanto difícil y de establecerlo depende el éxito; asienta generalmente en una cuerda vocal, que se pone rubicunda, engrosada é inmóvil, siendo la voz disfónica y apagada. El enfermo conserva la robustez normal. La lesión no ha profundizado aun y puede tratarse con éxito con una intervención limitada. Cuando asienta en un aritenoides ó banda que quedan inmovilizados presentandose tambien engrosados y rubicundos, se puede así mismo con una resección parcial lograr el éxito.

29

A veces, al principio tienen el aspecto papilomatoso, perlado y aun pediculado.

En una fase mas avanzada se hace vegetante, doloroso, ulcerado y sanioso, se distingue por un olor nauseabundo y por la disfonia, disfagia y ataques de álgnea, en uno de los cuales puede el enfermo morir subitamente, (como por primera vez hizo observar el Dr. Sejo,) aun estando el enfermo en plena robustez. Conservase la unilateralidad de la lesión hasta periodos avanzados y se inmoviliza la mitad laríngea, pero ultimamente al progresar la invasión, la laringe se inmoviliza completamente y toma el aspecto de un caparazón de crustáceo, periodo en el cual debe recurrirse á la extirpación total de laringe.

Los extralaringeos que tienen como punto de partida generalmente la epiglótis ó los repliegues ari-epiglóticos, presentan de ordinario la forma mamelonada, vegetante, con tendencia rápida al crecimiento,

contrario

al revés de lo que ocurre con los intralaringeos; se presenta con mayor rapidez la disfagia pero no hay disnea ni disfonía. Estos deben tratarse generalmente con un vaciamiento preservical mas ó menos extenso según la extensión del proceso. La adenopatía se presenta tardíamente en los cánceres capsulares y muy prematuramente en los extra-laringeos. Lo propio en unos que en otros debe fijarse minuciosamente, al hacer el diagnóstico, la extensión de la neoplasia, pues según sea ella requerirá una intervención mas ó menos mutilante, pero no debe confundirse la inflamación peri-tumoral con la infiltración neoplásica y debemos tener en cuenta que excepto en raras casos, es siempre mayor la extensión del tumor de lo que podemos descubrir por un examen laringoscópico. En los casos de invasión esofágica debe practicarse la esofagoscopia para señalar el nivel inferior de la neoplasia; cuando no es posible la esofagoscopia por impe-

95

dirlo la neoformación es casi imposible una intervención con éxito.

El sarcoma que puede aparecer en cualquier punto de la laringe, tiene ancha base de implantación, presenta un color rojo amarillento y muchas veces equinético, con menos infiltración que el cáncer y no provoca infiltración ganglionar; puede tratarse mas frecuentemente en sus comienzos con una intervención parcial.

Se presentan casos de cáncer laringeo metastático de otras regiones. Molinié, Sendziack, Schwartz y otros citan casos de esta naturaleza. Así mismo se presentan casos de cáncer laringeo secundario; W. Lannois, y Monteharment, de Lyon, citan el caso de un cáncer del esófago que coexiste con uno secundario del seno piriforme y aritenoides derecho. Lanograff, en 1886, publicó un caso de cáncer ulcerado del esófago al nivel de la bifurcación bronquial que coexiste con una

neoplasia cancerosa no ulcerada en el espacio inter-arritenoideo.

Strumbel diagnosticó un cáncer laríngeo en un canceroso de estómago.

Stenon cita un caso de cáncer de laringe, faringe y base de la lengua en un individuo con cáncer del tercio medio del esófago.

Se presentan casos de metástasis laríngea en sarcomas, según han observado Caboche y Paisseau en un sarcoma globo-celular retro-esternal y maxilar. Massei tiene cinco observaciones de esta índole.

Hjort de Cristiania ha observado la coexistencia de sarcoma de la laringe y base de la lengua con tumores de la misma índole de la palma de la mano.

Si de la R. Q. puede derivarse con el tiempo algún resultado tangible, no hay duda que sea un poderoso auxiliar para el diagnóstico precoz del cáncer; pero de momento ni la diálisis, ni los métodos colorimétricos, tal como están, nos convencerán, aunque como concepción científica nos seduzcan.

TRATAMIENTO

INTERVENCIONES ENDOLARINGEAS

El tratamiento de los tumores malignos de la laringe por el procedimiento endolaringeo no ha dado resultados positivos, la recidiva es la regla. Solo debe emplearse este tratamiento en los casos de tumores benignos, pues en los casos de cáncer limitado a una cuerda vocal y sin que tenga adherencias profundas, aun que se haga la extirpación perfecta no se consigue la curación definitiva, además de la hemorragia post-operatoria que se presenta en muchas ocasiones y que reviste caracteres graves algunas veces, aun rodeandose de todas las precauciones posibles *es la contraindicación*

Los resultados obtenidos con estas intervenciones son tan poco

38

favorables que debe~~x~~ desecharse poco menos que por completo, la vía natural para la extirpación de neoplasias malignas lo mismo sirviéndose de la laringoscopia refleja que de la directa. Inútil decir que debe desecharse del todo la intervención paliativa que tiene por objeto extirpar una porción tumoral para dejar paso al aire, pues tiene el grave inconveniente de servir de latigazo á la neoplasia que adquiere una marcha mas rápida despues de la intervención, y en muchas ocasiones provoca fuertes hemorragias, difíciles de cohibir, que ponen en peligro la vida del enfermo. Quedan rechazadas pues por completo las intervenciones intralaringeas por vía natural en los casos de cancer laríngeo, no obstante los éxitos obtenidos por el Doctor Castañeda en 6 de sus 32 operados por esta vía.

INTERVENCIONES POR VIA EXTERNA.

Por via externa practicamos intervenciones paliativas y curativas del cancer laríngeo. Unicamente la traqueotomia en sus tres formas: interorico-tiroides, traqueotomia alta y baja, son practicadas para obrar paliativamente en caso de cancer laríngeo. Intervenciones curativas son la tirotomia, la laringostomia ó laringofisura, las laringuectomias parciales y total y el vaciamiento pre-cervical.

Solo cuatro líneas voy á dedicar á la traqueotomia como á medio paliativo en el cancer laríngeo. En los casos de urgencia se practica la traqueotomia con la mayor rapidez posible y por esto se ha buscado la via mas corta, mas facil y menos peligrosa para llegar á la tráquea y es clásica la traqueotomia practicada inmediatamente por

40

debajo del cricoides, que por lo rápida y la dificultad de lesionar órganos importantes ha sido adoptada universalmente como intervención de urgencia. Pero tiene sus inconvenientes: la posibilidad de caer en pleno tejido neoplásico, como he tenido ocasión de presenciar en un caso de cancer laríngeo y además expone á una fácil invasión de la herida por el tejido neoformante.

La laringotomía intercrico-tiroidea, rapidísima de practicar, tiene los inconvenientes de la anterior, pero aumentados en gran manera, pues es mucho mas fácil caer en pleno tejido neoplásico que sangra copiosamente y muchas veces obtura la cánula.

La intercrico y la traqueotomía alta solo las emplearemos como recurso de momento en caso de ataque asfíctico. Excepto en estos casos la traqueotomía de elección es la baja y siempre lo mas bajo

11

posible. Con esta intervención se evita el abrir la tráquea en un punto invadido por la neoplasia, salvo raras excepciones y la invasión neoplásica de la herida es mas difícil.

Cuando el neoplasma ha invadido esta región y no hay posibilidad de evitar el lesionarlo se atraviesa la neoplasia empleando el termocauterio. Si el tejido neoplásico intra-traqueal impide el paso del aire á través de la cánula es necesario utilizar una cánula larga ó bien unir un tubo de goma resistente á la cánula ordinaria.

Estas intervenciones paliativas solo las utilizaremos cuando no sea prudente una intervención curativa dado lo avanzado de la neoplasia ó cuando el enfermo sea operable aun y presentando fenómenos de asfixia se oponga á ser laringectomizado.

42

TIROTOMIA - LARINGO-FISURA.

La extirpación de una pequeña porción de las partes blandas de la cavidad laringea por via externa ha venido á llamarse tirotomia. Algunas veces no se limita esta intervención á solo la ablación de una porción de cuerda vocal, bandas ó mucosa, sino que se hace mas extensa eliminando una porción de cartílago tiroides y algunas veces se extirpa así mismo parte de un aritenoides. De todas maneras la intervención se ajusta á ser unilateral y limitada. Cuando es necesario extirpar porciones mayores de cartílago ó ablacionar una mitad de laringe se llama hemi-laringuectomia.

Desault en 1780 ideó la practica de la laringo-fisura y Pelletan la ejecutó por vez primera en 1788.

13

Desde entonces fué empleado este procedimiento de intervención laríngea por Braners, Maisonneuve, Vital, Cuares y en 1850 Büsch hizo aplicación de la misma al tratamiento del cáncer. Desde entonces gran número de cirujanos han hecho uso de la misma en el tratamiento del cáncer laríngeo, entre los cuales Gibl y Hebsen, Sch-roetter, Desormeaux, Mackensie, Billroth, Hahn la practicaron gran número de veces, pero los resultados poco favorables obtenidos hicieron que Bruns se mostrase enteramente contrario á su práctica, inclinándose á la ejecución de la laringectomía, que aunque mas grave, dá resultados mas persistentes que la laringo-fisura.

Nació esta hostilidad de no estar limitado de una manera precisa el campo de su dominio y por lo mismo era aplicada la tirotemia en casos de cáncer que estaban fuera de sus dominios y que hoy son tratados por una extirpación total de laringe.

44

Vino, como forzosamente debía suceder, la reacción á favor de la misma, debido especialmente á los trabajos de Butlin y Felix Se-
mon, de Londres y Meure y Brindel en Francia, los cuales perfeccio-
naron la técnica y sentaron las indicaciones precisas. Luego Glück,
de Berlín y en España Cisneros, Botey, Sojo, Falgar, Orive y muchos
otros practicaron tirotomías con éxito, empleando distintas técnicas,
que luego analizaremos.

Como el éxito de la tirotomía depende de estar esta verdadera-
mente indicada, es preciso fijar escrupulosamente los casos que pue-
den ser intervenidos en tal forma, mirando de ajustar nuestro criterio
á los resultados obtenidos por los diversos cirujanos que la han prac-
ticado.

Si bien actualmente admiten todos los intervencionistas que las

45

indicaciones de tirotomía deben limitarse á tumores circunscritos á un lado de la laringe, sin que rebase la tumuración la línea media, llegue á la epiglottis, ni alcance el cricoides, hay disparidad de criterio al fijar algunos puntos. Mientras Semon, gran partidario de esta intervención conservadora, cree pueden ser tratados por tirotomía aun los cánceres que invaden el pericondrio, con tal que no rebasen la línea superior del aritenoides, ni lleguen al cricoides, ni á la línea media, aun que sea preciso la resección de porciones de cartilago aritenoides ó tiroides; la mayoría de cirujanos admiten límites mucho mas estrechos, Molinié la considera tan solo indicada en los epitelomas circunscritos y superficiales ó todo lo mas en los cánceres ó sarcomas cavitarios, claramente circunscritos unilaterales y sin tendencia á la difusión por las partes blandas.

40

Pero considero yo que el mejor criterio es el sostenido por Glück y Soenrensen de Berlín, y Falgar y Botey de Barcelona, aceptando solo como indicados para la tirotomía los casos de cáncer que invade únicamente el borde libre de una cuerda vocal, sin interesar la región aritenoidea, ni el ángulo vocal, siendo así mismo necesario que la cuerda vocal conserve la movilidad, lo que indica que la lesión es superficial.

El Doctor Orive en el cuarto Congreso de otorrinolaringología sentó la conclusión de que las tumuraciones malignas de la laringe si son intralaringeas é incipientes deben operarse por tirotomía. Pero en esta conclusión se señalan limites poco precisos y justamente el éxito en estas intervenciones depende de un diagnóstico y una indicación muy precisos y detallados.

47

Las contraindicaciones de la tirotomía me parecen muy bien sentadas por Molinié cuando afirma que la ablación por laringotomía de un tumor maligno de la laringe está contraindicada en las neoplasias extra-laringeas ó marginales y en las formas cavitarias con tendencia invasora, extendidas en superficie ó en profundidad.

Las causas generales de contraindicación de la tirotomía, como de todas las intervenciones curativas del cáncer laringeo (por no decir de todas las intervenciones quirúrgicas algo importantes) son: la edad avanzadísima, tuberculosis, graves cardiopatías, nefritis, diabetes sacarina, anemias acentuadas, arterio-esclerosis, etc. Naturalmente que no pueden fijarse de una manera exacta las contraindicaciones en estos casos pues variará según la intensidad de la dolencia, las exigencias del enfermo á ser intervenido y multitud de

47

circunstancias especiales que cambian en cada caso.

O P E R A C I Ó N.

=====

Podemos practicar la tirotonia segun dos procederes: con traqueo-
tomia ó sin traqueotomia previa, y en la primera técnica podemos como
Moure quitar la cánula luego de terminada la operacón ó mantenerla
por espacio de veinticuatro horas siguiendo la prática de Glück y
aun dejarla por espacio de algunos días como hacen ~~muchos~~ otros ciru-
janos.

Voy á describir suscintamente el proceder de Moure en ocho tien-
pos con anestesia clorofórmica. Incisión media desde el ^{hioides} ~~hioides~~ á la
escotadura esternal, descubre la laringe y aponeurosis cervical.

Hemostasia. Traqueotomía baja ó por debajo del cricoides. Incisión media de la laringe por la membrana crico-tiroidea y de abajo arriba. Anestesia cocainica. Separa los labios y tapon la laringe. Extirpa la neoplasia. Hemostasia por compresión ó con termocauterico. Sutura con catgut de las láminas. Decanulación. Sutura de las partes balanceadas por planos, excepto en la abertura traqueal que obtura con gasa.

Lannois usa un procedimiento semejante algo mas rápido. Usa así mismo la cánula de Trendelenbourg y deja luego una cánula ordinaria durante unos días. No sutura las láminas del tiroideas.

Estas intervenciones tienen el inconveniente de hacer una incisión muy extensa que puede ahorrarse, dado lo limitado de la intervención, pues practicando una traqueotomía alta se evita el descubrir una

parte de la tráquea. La interior no roba luz y el uso de la cánula de Trendelenbourg no es recomendable porque al retirarla deja escurrir sangre en la tráquea, pues está completamente empapada y al sufrir una espresión la sangre se escapa.

Un tapón de gasa cumple este cometido y la posición de Rose ó Trendelenbourg la sustituyen en el primer tiempo.

Glück secciona de un golpe la tráquea y la laringe de abajo arriba y deja la cánula veinticuatro horas colocada en la parte baja de la incisión. Extirpa el tumor y hace un taponamiento Mickulitz laringeo. Sutura la piel, al día siguiente quita el taponamiento y extirpa si ha quedado alguna porción del tumor. A las tres semanas el enfermo está curado.

Este procedimiento de Glück produce un traumatismo exageradamente

extenso para extirpar un tumor maligno intralaringeo limitado y siempre es prudente ahorrar la mayor cantidad de traumatismo posible, por esto encuentro mas acertadas las intervenciones que se practican respetando el cartilago cricoides y aun con traqueotomia baja, para lo cual se traza una incisión separada de la primera que llega solo hasta el borde inferior del cricoides. Mejor es aun la tirotomia sin traqueotomia.

De la manera que opera Glück, con luz cenital, es difícil ó casi imposible hacer la intervención con la sola abertura del tiroides, pues la brecha que se abre es á veces muy estrecha; Krishaber en un caso clínico solo pudo obtener una separación de cuatro milímetros; naturalmente que dependerá la mayor ó menor amplitud de aquella de la edad del operado y de la osificación de los cartílagos. Pero apesar de una abertura muy reducida puede intervenirse, con relativa

comodidad, mediante el espejo de Clar, que ilumina el campo. (Sebilleau hasta los becios operara con Clar) además, con la incisión de una parte de las membranas crico é hiotiroides se logra aumentar mucho la abertura del campo operatorio.

Parece una buena técnica la seguida por el Dr. Sejo al operar un enfermo de epiteloma circunscrito á la cuerda vocal derecha y cuya técnica é repetido en diversos casos de tirotemia por cuerpo extraño intra-laríngeo.

Anestesia local con novocaina y adrenalina. Traqueotomía baja. Incisión del hioide al borde inferior del cricoide. Descubiertos los cartílagos se seccionan cricoide y tiroide en su línea media en la misma comisura anterior. Separando los labios de la herida y puesta una torunda en la parte baja se extirpa el tumor con la cuerda

vocal y se hace hemostasia por compresión. Quita la torunda intralaringea. Sutura la herida, sin comprender las láminas del tiroideos y pone un vendaje. Deja la cánula unos días y luego decanula al enfermo á los seis ú ocho días cuando la cicatriz superior es completa. La herida traqueal en pocos días se ocluye.

Cuando se emplea el reflector eléctrico se puede prescindir muchas veces de seccionar el cricoides y entonces la herida es mucho mas reducida, facilitandonos luz la incisión de la membrana tiro-hioidea.

El empleo de cánula es un gran medio para intervenir con toda tranquilidad, pero el ahorrar la misma aminora mucho el daño de la intervención y el tiempo de la misma.

Al hacer la sutura Botey hace una sutura entrecruzada de las láminas del tiroideos y de esta manera estas coaptan perfectamente, pero

no hay necesidad de ello.

La anestesia local suple en estos casos, como en todas las intervenciones regladas ^{mentadas} de la laringe, á la anestesia general y tiene la ventaja de suprimir todas las desagradables contingencias de las anestias con cloroformo y eter.

TIROTOMIA SIN TRAQUEOTOMIA.

.....

En verdad que no todas las tiretomias ~~en~~ que se hacen por epilioma laríngeo, pueden hacerse sin traqueotomia previa, pues para ello se requiere, dado el reducido espacio de que disponemos que los cartílagos de la laringe no estén osificados, para dilucidar este punto, Escat recomienda la radiografía previa, para ^{dilucidar} que las láminas del

tiroides seccionado permitan una amplia separación, que deje maniobrar con holgura; pero no solo esto exige Moure, sino que tambien la neoplasia sea tan limitada á una cuerda vocal ó banda ventricular, que permitiera facilmente su ablación endo-laríngea y Falgar, añade á estos requisitos, el que se trate de un individuo relativamente joven para no exponernos por alteración vascular á una hemorragia difícil de cohibir.

De no guardar estos preceptos, puede, nos veamos obligados á practicar una traqueotomía con rapidez y por lo tanto en malas condiciones.

He aquí la técnica corriente que he visto practicar al Dr. Falgar, en un enfermo, por epitelionoma pavimentoso (pseudo-pedunculado), de la cuerda vocal izquierda casi susceptible de extirpación endo-laríngea.

Anestesia local, por infiltración al medio por cien de novocaina

adrenalizada en la línea de incisión y con solución al uno, se interceptaron los laringeos superiores. Posición de Trendelenbourg. Incisión mediana profunda desde el hioideo al istmo del tiroides. Hemostasia cuidadosa. Sin despegamiento ninguno, incisión de la membrana tiro-hioidea, y de arriba á abajo con las cizallas de Moore sección en la comisura del cartílago tiroides, incindiendo con el bisturí la membrana crico-tiroidea (la incisión de las ~~mem~~ membranas y sección del cartílago fue hecha en cuatro segundos).

Con los separadores de garfios romos separación de las láminas del tiroides y pincelación endo-laríngea con una solución de coqueína al diez por cien. Cogida con una pinza de diente de ratón se extirpa, mediante una tijera, la neoformación con la cuerda vocal izquierda, desde el borde de sección tiroideo hasta el cartílago aritenoides; y luego no agotándose, por taponamiento, el derrame sanguíneo de la herida.

57

endo-laríngea, empleó el gálvano cauterio al rojo sombra practicando toques limitados á los puntos sangrantes. Sutura al catgut de las láminas y ~~se~~^{con} orin de Florencia los tegumentos. Antes de la anestesia se le ~~le~~^{le} dió una inyección de un centímetro cúbico de solución de morfina, en la tarde de la intervención y en los tres días siguientes inyecciones de pantopón.

Sin una décima de temperatura, á los ocho días se quitaban los puntos de sutura cutánea; y al año estubo de intervenido, el enfermo hablaba con voz algo ronca y apagada, sin asomo de recidiva, presentando engrosada la banda ventricular izquierda, que en la emisión de los sonidos se ponía en contacto con la cuerda vocal respetada.

Con este proceder se evitan muchas complicaciones siempre que se atiendan las advertencias antes expuestas y se proceda con rapidez.

La anestesia local es un buen medio, pero debe hacerse una anestesia esmetada de los laringeos superiores, que ahorra la anestesia directa de la mucosa laringea. Ya hemos señalado las indicaciones y contraindicaciones, pero debemos insistir que, en los casos en que por una causa cualquiera, 'osificación de los cartílagos, falta de reflector, etc, necesitamos seccionar el cricoides, es casi necesaria ó cuando menos muy conveniente la traqueotomia, porqué con la amplitud de la herida y mayor el escape de sangre es mas facil su caída en la tráquea. En los casos de hemorragia persistente, no hay mas remedio que la traqueotomia y dejar un Mickulitz compresivo, como en los casos de laringectomia. En todos los casos el enfermo debe usar durante los primeros dias sonda esofagica.

De aquí que siempre operaremos sin traqueotomia, cuando podamos disponer de los medios necesarios para cumplir cualquier indicación

urgente y para operar con todas las reglas, salvo los casos, apuntados mas arriba: de neoplasia poco asequible, osificación cartilaginosa ó lesiones arterio-esclerosas. Y cuando es necesaria la traqueotomia previa dejaremos la cánula si tenemos hemorragia, en los casos que no estemos seguros de una extirpación completa y en los bronquíticos con abundante tos, ^{persistente}. De no existir alguno de estos motivos quitaremos la cánula, terminada la intervención y cerraremos la herida; práctica con la que se consigue una curación mucho mas rápida. Siempre se preparará al enfermo con balsámicos y limpieza de la boca, que evitan la tos y las infecciones.

L A R I N G O S T O M I A.

Algunas veces la neoplasia cancerosa intra-laríngea, limitada, con asiento en una cuerda vocal, en el ventrículo, ó en la banda ventricular, nunca infra-glótica, ni epiglótica, no es superficial, sino que está aderida al pericondrio, ó bien se acerca á la línea límite, y entonces entra la duda de si puede ser operada por tirotonia, quedando la desconfianza de una recidiva, pero tratándose de una neoformación de límites reducidos, duele tratarla por una operación muy extensa, mutiladora y deformante; y surge para estos casos la idea ó indicación de la laringostomia, porque quedando una brecha abierta puede seguirse el curso ulterior, además de permitir el empleo del radium, rayos X y mesotorium para combatir las recidivas posibles ó bien hacer

51

una nueva extirpación en caso de reproducción que la haga necesaria.

Ningún inconveniente existe que impida el dejar la herida sin cerrar y por lo tanto la laringe en comunicación directa con el exterior; los labios cubiertos por la piel del cuello se contactan y ocluyen la herida. El enfermo respira por la cánula y cuando esta se quita, por las vías naturales, aun con la fisura del cuello que nada impide y en caso necesario puede dilatarse introduciendo una cánula. Pasados uno ó dos años, cuando no es fácil una recidiva se cierra la abertura laríngea mediante una plástica.

Botey operó un caso de fibromixoma recidivado varias veces, Resecó algo mas de la mitad de las cuerdas vocales, bandas ventriculares y cartílago correspondiente. Dejó la herida abierta despues de fijar la piel á las láminas del tiroides. Al cabo de un mes des-

truyó las granulaciones que se habían formado en el ángulo superior de la herida, con el termocauterio. El enfermo respiraba bien por la boca teniendo tapadas la cánula y la herida laríngea, y podía hablar gracias á que los aritenoides y repliegues ari-epiglóticos crean una especie de glotis esfinteriana vibrante en el acto de la fonación.

Antes de suprimir la cánula de una manera definitiva, se debe buscar la perfecta permeabilidad de la laringe quitada la cánula. La falta de una porción de esqueleto cartilaginoso de la laringe posibilita el aplanamiento de la misma y entonces es necesario practicar la dilatación elástica de la cavidad laríngea, siempre dificultosa y expuesta á percances.

Sagnon al hablar de las estenosis laríngeas y su tratamiento por laringostomía, considera muy racional el empleo de este proceder en

23

ciertos tumores benignos recidivantes y para el tratamiento de los tumores malignos con mayor razón, dado que permite en ellos las aplicaciones directas de radium y rayos Röntgen sobre el tejido enfermo, como aconseja Grossman de Viena.

Con la laringostomía pueden intervenirse neoplasias mas extensas, que por la sola laringo-fisura, pues quedando á la vista la parte lesionada puede esta ser perfectamente vigilada y en caso de recidiva del tumor ser tratada á tiempo.

El gran número de recidivas, cincuenta por cien que tiene Semen, en sus operados por tirotomía es debido á que interviene epitelomas y sarcomas que invaden una buena parte de la cavidad laríngea y al cerrar de nuevo la laringe no pueden ser convenientemente tratados al reaparecer la neoplasia. Si dejase una hendidura ostómica podría

54

tratarlos al iniciarse la reproducción neoplásica, y se curarían muchos enfermos que hoy deben ser después laringectomizados ó mueren de la neoplasia; en estos casos la indicación es la laringostomía y radiumterapia.

La abertura ostómica del tiroides y cricoides vá poco á poco reduciéndose, quedando luego una pequeña ostomía de un centímetro ó poco mas en la parte correspondiente al cricoides que cierra con una plástica ó bien se deja definitivamente ocultándola un pañuelo.

Para que sea perfectamente permeable la laringe es necesario destruir el espolón supra-canular y cauterizar las vegetaciones laríngeas que se forman en la intersección de piel y mucosa pues constituyen un obstáculo para la perfecta cutaneización de las láminas tiroideas.

La abertura debe mantenerse por espacio de un par de años para

85

asegurarnos de la curación definitiva; de esta manera evitaremos muchas laringectomías y nos opondremos á las frecuentes recidivas del cancer laríngeo.

No intentaremos sin embargo tratar por este medio cánceres extendidos á gran porción de una mitad laríngea, debemos limitarnos siempre á neoformaciones muy circunscritas y que á los mas tengan adherencias con el pericóndrio, de lo contrario la recidiva sería segura y la porción de laringe que restaría no sería útil á la respiración ni á la fonación, porque faltando una gran parte de esqueleto cartilaginoso la laringe se aplastaría haciéndose impermeable y por lo tanto inútil.

La indicación será por lo tanto para los casos de neoplasia circunscrita á una cuerda vocal, ventrículo ó banda ventricular, sin gan-

66

glicos y sin dolores, aun-que esté invadido el ~~par~~ pericondrio y por lo tanto mas extensa ó profunda que las susceptibles de tirotomia simple.

HEMI - LARINGUECTOMIA.

En los casos que la neoplasia maligna ha invadido una porción extensa de la mitad laríngea, no será posible la intervención por laringo-fisura y debe recurrirse á una intervención mas traumatizante, la hemi-laringuectomía.

Estará indicada la ~~hemi~~ hemi-laringuectomía en los casos que la neoplasia invade una mitad laríngea sin pasar de la línea media anterior ni posterior, aun en aquellos que esté invadido *en* cartílago y extendida al borde superior, sin llegar á la superficie externa de la laringe. Está contraindicada en los casos que el tumor haya rebasado la línea media laríngea ó que invada los órganos peri-laríngeos.

Billroth, en 1878 ideó la hemi-laringuectomía; mas tarde Hahn

JP

hizo aplicación de la misma con éxito casi completo en varios casos. Ultimamente ha pasado á ser empleada por los cirujanos especialistas;

OPERACIÓN

Hospital Clínico Fijandome en los casos que voy a describir operados ^{en} el ~~hospital~~, reseñaré practicamente el proceder de la hemi-laringuectomia, para luego exponer las modificaciones que se han propuesto señalando las que creo mas ventajosas.

El primero operado por el Dr. Falgar en Agosto de 1911 era fumador empedernido, sin anamnesis luetica, ni antecedentes hereditarios cancerosos, que aquejaba ronquera de mas de un año y existia una neoformación rojo grisacea en la cuerda y banda ventricular derechas, formando cuerpo con ellas y comprendiendo sus dos tercios anteriores sin alcanzar la línea media, pero el borde epiglótico del mismo lado es-

taba infiltrado. La biopsia puso de manifiesto se trataba de un epiteloma pavimentoso.

Se empleó para la anestesia la mezcla de Schleich. Previa traqueotomía en el tercer anillo y puesta una cánula ordinaria recubierta de gasa, incisión ^{vertical} ~~horizontal~~ desde el borde inferior del hioideas al inferior del cricoides, delimitando con otros dos horizontales de cinco centímetros un colgajo cuadrangular músculo cutáneo, ligadura (al catgut) de la laríngea superior; liberación de la laringe desde la línea media hasta el borde derecho del tiroideas y mitad posterior del cricoides. Incisión de la membrana tiro-hioidea, con la cizalla de Moore, sección en la línea media del tiroideas y cricoides, luego con el bisturí, rasando el primer anillo traqueal, separación de la mitad del cricoides y completado su despegamiento del esófago en la mitad á eliminar, que

este ~~se~~ cortado verticalmente con el mismo bisturi.

Separando arriba la media laringe á resecar se seccionó el constrictor faringeo al ras de su inserción tiroidea y hecha bascular entonces la mitad de la laringe fué cortado primero el cuerno del tiroideo y escindida luego la epiglótis en el surco glosa-epiglótico. Después de extirpar varios ganglios peri-yugulares se suturó el borde faringeo á la mucosa lingual en el corte de incisión de la epiglótis y el libre del constrictor faringeo al periostio cricoideo en la sección posterior del cartílago.

Antes de terminar el taponamiento de la cavidad laringea se tificaron las gasas por hemorragia de la crico-tiroidea, obligando á levantar aquel y ligar la arteria, después de lo cual se taponó nuevamente con gasa yodofórmica.

77

Con solo seis décimas de temperatura el primer día, sin que hubiese aparecido nada anormal á los dos días se levantó el apósito, encontrando se habían saltado la mayoría de puntos de cierre del esófago no obstante haber practicado la sutura á lo Lambert, y debido á un descuido de la enfermera, ingirió aquella noche agua abundante el operado, la cual escurriéndose entre sonda y esófago provocó una bronco-pneumonia, que tuvo el término fatal obligado en estos operados, *hacuna* al quinto día de la intervención.

El segundo operado bronquítico crónico, fumador como el primero, y libre también de lues y de antecedentes cancerosos. Llevaba dos años de ronquera en aumento progresivo y en los últimos meses se habían acentuado la tos y la expectoración, presentándose á mas algunos accesos de ahogo. Al examen laringoscópico veíase una escrescencia tumoral

on la cuerda izquierda, aframbuesada, grisacea, del tamaño de una pequeña almendra, con infiltración de la banda ventricular, sin alcanzar el proceso la línea media, ni invadir la epiglottis. En los cortes de una pequeña porción escindida percibíase claramente las células en globos características del epiteloma nodular.

Hemi-laringectomia el 15 de Febrero de 1913. Anestesia á la novocaína adrenalizada del plexo cervical, laríngeo superior, y línea de incisión.

Igual técnica que en el caso primero, pero los ángulos de la incisión redondeados para facilitar la sutura de separación del esófago y cavidad laríngea por el proceder de Glück; el ángulo superior del colgajo cutáneo y parte inmediata del borde vertical del mismo suturado á la mucosa de la parte superior de la media laríngea conservada, la parte media de aquel al borde de sección posterior del cricoides

72

y su parte y ángulo inferior al anillo traqueal en su porción postero lateral, terminando la plastia con la sutura cutánea del resto de las incisiones transversales y la del labio libre vertical y ángulo inferior de la incisión, al borde de sección tiroidea y parte anterior del traqueal. Colocación de sonda esofágica por la fosa nasal, que se mantuvo durante ocho días.

En los cuatro días siguientes á la operación dos inyecciones diarias de medio centigramo de morfina con un cuarto de miligramo de atropina para combatir la tos. En la noche de intervenido y día siguiente décimas de temperatura (sin llegar á 38 grados) desde el diecisiete por bajo 37 grados, día en que empezó á levantarse. La cánula traqueal fué suprimida el día 4 de Marzo.

El resultado de la plastia perfecto sin falla de puntos en el

74

periodo de cicatrización, ni haberse presentado á últimos de 1913 (época en que el operado embarcó para Buenos Aires) tendencia al adosamiento de las paredes cutanea y mucosa. Tampoco existian indicios de recidiva. El paciente empezaba entonces á bosquejar la voz faringea inteligible en algunas palabras.

Billroth y Hahn siguen un procedimiento muy semejante al descrito en el primer caso; hacen la traqueotomia baja, con cánula de Trendelenbourg ó Hahn, la incisión cutanea y separación muscular y del pericóndrio, como hemos descrito; ligadura de la laringea superior. Cortan la laringe de arriba á abajo con la membrana tiro-hioides y abren la brecha para cortar por dentro el anillo cricoides en la linea media posterior. Sepárase el cricoides del primer anillo traqueal y traccionando la hemi-laringe hacia arriba se desprende el esófago, seccionase el cuerno del tiroides, despues de cortar el con-

15

trictor de la faringe en su inserción tiroidea. Luego cortan la epiglottis; extraen la mitad de la laringe y ablacionan los ganglios periyugulares y supra-claviculares, para lo cual, si es necesario prolongan las incisiones hacia arriba y hacia abajo para obtener las suficientes y por fin suturan la mucosa faringea á la membrana tiroidea y el constrictor faringeo al anillo cricoideo y el pericendrio tiroideo se fija al borde del tiroideo conservado. De esta manera queda cerrada en gran parte la laringe, que se tapona. Hay necesidad de conservar la cánula traqueal, casi siempre, toda la vida.

Lenormant usa un procedimiento muy semejante, descrito en el caso primero de los indios.

El Dr. Rueda practica la hemi-laringectomia por via lateral. Hace el colgajo cutaneo siguiendo la linea anterior del esterno-cleido-mastoideo. Secciona los musculos en sus inserciones hioideas y en

76

las tiroideas el constrictor inferior de la faringe. Sigue el rafe de los crico-aritenoideos posteriores para la separación faringo-laríngea. Secciona en la línea media los cartílagos y tapon la tráquea y acaba de desprender las inserciones laringeas inferior, superior y posterior, dividiendo la faringe en el borde aritenoideo. Sutura los músculos á la membrana tiro-hioidea y hace la sutura de la piel, dejando drenaje en el ángulo latero-inferior, por donde extrae el taponamiento traqueal. Cánula; sonda naso-esofágica y cura aséptica dos veces al día.

Al hacer el análisis de todos estos procedimientos vemos que excepto en el de Glück se deja la laringe abierta y en comunicación con la boca y dado el traumatismo causado, la inflamación consiguiente y la supresión de epiglotis, en muchos casos, los alimentos pasan con

77

facilidad á las vías aéreas y provocan pneumonias ab ingesta; para evitar lo cual se emplea la sonda esofágica durante los primeros días y á veces por espacio de mucho tiempo, así como se taponan la laringe, obligando al uso de cánula traqueal.

Esceptuando pues el proceder de Glück, en todos los demás es necesario el uso continuo de cánula traqueal porque la laringe se ^{ob}stura por las vegetaciones y retracción de las partes traumatizadas. Con la técnica de Glück y la supresión de los músculos de la media laringe extirpada, se obtiene una pared cutánea que suple la media laringe, pero tiene el inconveniente que esta pared tiene tendencia á adaptarse á la media laringe conservada y los enfermos necesitan ir provistos á veces de unas pinzas para dilatar el orificio laríngeo y permitir así el paso del aire; estrechez glótica que perjudica igualmente en gran manera la fonación.

28

Por todo ello creemos poco recomendable la hemi-laringuectomia, pues sobre ser una operaci3n grave y que requiere una t3cnica muy cuidadosa, el operado queda en peores condiciones que el laringuectomizado y mas expuesto 3 las recidivas, prefiriendo 3 ella la laringuectomia total por mas facil, menos expuesta y que dejando al operado con menos molestias garantiza mas el 3xito definitivo. Solo la admitimos para aquellos casos en que no pueda recurrirse 3 la laringostomia y el enfermo no admita una laringuectomia total, si dado lo limitado de la tumoraci3n consideramos poco previsible una recidiva. En todos los dem3s casos acudiremos 3 la laringuectomia total por ser, como digimos antes, menos peligrosa, m3s facilmente practicable y de resultados m3s seguros, disintiendo de la opini3n de Sensiack y Melin3 que la conceptuan beneficiosa en bastantes ocasiones.

CRICO - ARITENOIDECTOMIA TOTAL.

Otras intervenciones parciales de laringe se han propuesto y practicado reducido número de veces, la crico-aritenoidectomia total y la hemi-crico-aritenoidectomia.

La crico-aritenoidectomia total se practica previa traqueetomia, haciendo una incisión media vertical del hioides al borde inferior del cricoides. Separación de los músculos esterno-tiroideos y partes blandas. Abrir el tiroides lateralmente á unos dos centímetros de la línea media en cada lámina para efectuar la separación de las partes seccionadas de la laringe. Las partes blandas del interior son despegadas con el mango del escalpelo. Separar el cricoides de la tráquea, que se taponas, del cuerno inferior del tiroides y del esó-

No

fago. Disección del ligamento tiro-hioideo y vínculos fibrosos que aun permanecen adheridos. Ablación de esta porción de laringe.

Esta intervención ideada por Solis Cohen no ha sido puesta á la práctica mas que rarisimas veces y verdaderamente casi no tiene razón de ser.

HEMI - CRICO - ARITENOIDEOTOMIA.

Es otra operación parcial de laringe, es una hemi-laringuectomia pero sin ablación del tiroides.

Se procede como en la hemi-laringuectomia; solo se denuda el tiroides de abajo á arriba, medio centímetro de la línea media. Se secciona el tiroides sin abrir la laringe y se separa de las partes blandas internas. Separada el ala del tiroides procedese á la abertura

57

de la laringe de arriba á abajo en la línea media. Anestesiase con cocaína la laringe y taponase la tráquea. Se secciona el cricoides en la línea media por delante y por detrás y luego se separa del primer anillo traqueal. Se extirpa la porción del cricoides y partes blandas, librando todas las adherencias con el esófago. Puede quitarse la epiglotis ó dejarla. Extirpación de los gánglios. Sonda esofágica y taponamiento de faringe y laringe con gasa agéptica. Sutura de los colgajos.

A los cinco días se cambia el apósito se suturan las dos láminas del cartílago tiroideos al nivel del borde anterior y queda rehecha la laringe.

Los resultados que confiaba obtener Molinié, que ha sido quien ha intentado este método, no han correspondido á sus esperanzas, porque la laringe permanece en un estado de inactividad que no permite pres-

coincidir de la cánula traqueal.

R

C R I C O - A R I T E O I D E C T O M I A P O S T E R I O R .

Consiste en la ablación de los aritenoides y escudo cricoideo junto con las partes blandas, en los casos de neoplasia posterior de laringe.

Se abre la laringe como para una tirotomía.

A través de la misma se ablaclona el escudo cricoideo y los aritenoides. Se seccionan los repliegues ari-epiglóticos á cada lado de la línea media, á una distancia variable segun la extensión de la lesión, alcanzando el borde inferior del anillo cricoideo. Las dos incisiones verticales son unidas por una transversal y se quita la porción de laringe donde asentó el tumor.

73

Estas intervenciones parciales, algo dificultosas y no muy ~~pr~~ prácticas han sido raramente empleadas; necesitan lesiones muy expresas y como sus resultados aventajan en poco á los obtenidos con la hemi-laringuectomia y la laringuectomia total las considero escepcionalmente indicadas.

El Dr. Sojo en Diciembre de 1911, practicó una faringotomia infra-hióidea con tirotonia por epitelioma extrínseco, extirpando totalmente la epiglotis con sus ligamentos glóticos y á mas los repliegues aritenopiglóticos y banda ventricular derecha, perdiéndose el operado en 30 Diciembre, por parálisis cardíaca; conviene advertir que se habia empleado la anestesia clorofórmica.

Este procedimiento, lo mismo que las demás operaciones parciales yá reseñadas, pocas veces dan resultados positivos, de ahí nuestra

84

preferencia por las operaciones radicales.

75

LA R I N G U E C T O M I A T O T A L

=====

Tócanos ahora hablar del tratamiento del cáncer de la laringe cuando ha sobrepasado su línea media, invadido la tráquea ó rebasado el límite supra-glótico, sin que el proceso de invasión alcance á aun las regiones vecinas, especialmente las posteriores, porque entonces no es á la laringuectomía total á la que debemos recurrir sino á otra intervención de mayor radicalismo, al vaciamiento precervical; no obstante, muchas veces, solo en el acto de practicar la laringuectomía, uno se da cuenta exacta de la invasión neoplásica y se vé la necesidad de hacer mas extensa la intervención que limitarse á una simple extirpación de laringe, ablacionando con la misma, bien, y no es infrecuente, una porción de base de la lengua, de huesos ^{Ja} hoides.

86
de pared faríngea ó esofágica, ó de algunos anillos traqueales.

No por eso cae fuera de este capítulo la intervención ampliada, siempre es una larigüectomía total, con resección de partes vecinas, ó bien una farigo-larigüectomía y en estos casos es casi siempre posible una refección completa de las vías posteriores.] Capitula este que nos ocupa el mas interesante del tratamiento quirúrgico del cáncer laríngeo, por no decir el fundamental, pues los demás son derivaciones del mismo. Para tratar quirúrgicamente el cáncer laríngeo se impone la larigüectomía, la mayoría de veces. Raros son los casos que por el limitado desarrollo de la neoplasia, pueden ser tratados por una intervención parcial, aun que no tan raros no son muchos los que por un exagerado desarrollo del tumor escapa á los límites de esta intervención y menos aun los casos que dejan de operarse, dada la casi temeraria acometividad de algunos especialistas experimentados, debido

87
á la relativa inocuidad de la misma.

Se practicará pues la laringuectomia en el cáncer laríngeo, siempre que se trate de una neoplasia capsular, que no pueda ser limitada al incidir en tegido sano por hemi-laringuectomia y cuando no tenga ramificaciones intra-esofágicas ó faríngeas porque entonces es necesario el vaciamiento precervical.

H I S T Ó R I A.

Recuerdo aun con cierto asombro el comienzo de mi internato en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Clínico de Barcelona, época en que ví operar los primeros enfermos de cáncer laríngeo, á los que se hacia la extirpación total de laringe, en dos tiempos unas veces, en un tiempo otras; de los enfermos operados segun la técnica de Le Bee dos murieron despues del abocamiento traqueal preliminar de

88

la extirpación laríngea y otro sucumbió á las pocas horas de practicado el segundo tiempo, sin que fueran mas afortunados los intervenidos segun el proceder de Perier. La causa de la muerte ^{fué} el shock ó la bronconeumonía.

Influyeron de tal manera estos resultados en mi ánimo que llegué á considerar la muerte del laringectomizado como final poco menos que inevitable de la intervención.

Terminada mi carrera, al asistir como espectador ó como ayudante á estas intervenciones, practicadas por el Dr. Falgar, me he librado de semejante preocupación y podido admitir como verídicas las estadísticas de que hacen gala algunos de los laringólogos; estando hoy firmemente persuadido, despues de nuestros casos ultimamente operados, que deben salvarse, sinó todos, cuando menos la inmensa mayoría de los intervenidos, siempre que se atiendan todas las reglas de técnica y

sean seguidos fielmente todos los cuidados pre y post-operatorios.

? De que murieron los primeros operados ? De deficiencia en los cuidados pre y post-operatorios, de trastornos ocasionados por la anestesia y de falta de fé é inexperiencia de algunos á quienes quedaba encomendado el operado. Desde hace muchos años se viene practicando en España la laringuectomia por cáncer laríngeo; antes hemos citado nombres, vamos á repetir los que primero emplearon este tratamiento en nuestro país, con poca fortuna al principio, con éxitos marcados luego: señalamos pues á Ramón de la Sota y Lastra, Federico Rubio, Cayetano del Toro y Gómez Pamo; mas modernamente y con brillantes resultados en el mayor número de intervenciones Cisneros, quien despues de abandonar el procedimiento de Ferrier, se declaró acérrimo partidario del proceder de Le Bec que afortunadamente ha abandonado á su vez y hoy, como la inmensa mayoría de cirujanos, practica el

proceder de Glück, del cual son apóstoles en nuestro país Tapia y Falgar; para citar solo los de primera fila señalamos á Santiuste, Lazárraga, Botey, Sojo, Baltar, Guedes, que con los ya citados y algunos mas cuentan por serie sus intervenidos.

Al principio de este trabajo cité nombres y fechas á tenor de la historia de la laringectomia, ahora solo indicarélos puntos culminantes alrededor de los cuales ha girado esta cirugía laringea.

Billroth señala el proceder antiguo; Perier indica el moderno; Le Bec, Sehileau, Durante, Stori, Lombart, son los apóstoles de la intervención en dos tiempos. Bardenhauer perfecciona el método. Glück marca el procedimiento moderno, perfecto casi en esta intervención laringea.

TÉCNICA DE LA LARINGECTOMIA.

Puede decirse que ha pasado ya la época en que se discutía sobre las ventajas de intervenir en solo un tiempo según el proceder de Ferrier, ó si era mejor hacerlo en los dos tiempos de Le Bec.

Casi todos los cirujanos están conformes en practicar la intervención en un solo tiempo, desde que Glück dió á conocer su última técnica, salvo los casos en que un accidente en el transcurso de la operación obliga á aplazar para otro día el término de la misma; como aconteció no ha mucho, en un enfermo de cáncer laríngeo, caqueético ya, intervenido por el Dr. Falgar, intervención á la que asistí como ayudante; un pronunciado descenso de la presión sanguínea y la tendencia al síncope no permitió terminar la operación, siendo preciso

22

separar rapidamente la tráquea de la laringe y fijarla á la piel, dejando para un segundo tiempo la extirpación de la laringe. Ten- gase en cuenta se empleó en el citado caso la anestesia con el clo- reformo y aun que para ello se requirió el concurso de uno de los mejores anestesiistas de ^{Barcelona} la ~~Capital~~, ~~se operó en un solo tiempo~~ á mi entender, á causa de aquella no fué posible la operación en un solo tiempo, resultado que creo se hubiera obtenido usando la anes- tesia local, puesto que ninguno de los operados recurriendo á la úl- tima no solo del Dr. Falgar sino tambien en los intervenidos por el Dr. Sojo se ha presentado contratiempo semejante.

Para mejor dar idea de los cuidados pre y post-operatorios en estos enfermos y de las técnicas de Perier y de Glück, como avance á la exposición de las mismas, incluyo con algunas de las variantes en el procedimiento, á que puede verse obligado á recurrir el ciru-

92

jano, por condiciones especiales del caso, ó contingencias de momento en el acto operatorio, daré la nota clínica de cuatro de ellos, en los que ^{he} intervenido como ayudante, de la serie del Dr. Falgar los dos primeros y operados por el Dr. Seje los últimos.

El primero intervenido en Octubre de 1914, hombre de 50 años, descargador del muelle, fumador, algo bebedor, bronquítico antiguo; tratado inhumana y anticientíficamente con inyecciones de cecodilato de sosa y toques intralaringeos de cloruro de cinc, por un especialista, ~~de este hospital~~, presentaba al examen laringeo una gran masa tumoral que invadía la glotis y base de la epiglotis, existían pocos ganglios y aquejaba disfagia y disnea; siendo la voz bitonal. El examen histológico etiquetó la neoplasia de epiteloma pavimentoso.

Preparado con cuatro días de antelación, en los cuales se le ad-

94

ministró una poción balsámico estimulante, y fué practicada una meti-
culosa limpieza de la boca. Se recurrió á la anestesia local, con
novocaina y adrenalina. Inyección profunda de diez centímetros cúbicos
á cada lado por detrás de los esternos, hasta las apófisis trans-
versas, para anestesiar el plexo cervical, con una solución al uno por
cien de suero fisiológico y novocaina y quince gotas de la solución
al milésimo de adrenalina; y cincuenta centímetros cúbicos de solución
al medio por cien en infiltración alrededor de la laringe y siguiendo
el trazado de las incisiones. Anestesia completa en las dos horas
que duró el acto operatorio. Posición semi-sentada, cabeza algo ex-
tendida mediante un rollo debajo los hombros. Incisión adoptada hoy
por todos, en H echada. La línea superior de la misma al nivel del
borde inferior delhioides, uniendo los bordes internos de los esterno-
cleido-mastoideos; la inferior paralela á la primera hasta los bordes

externos de los mismos músculos y pasando al nivel del primer anillo traqueal y la tercera perpendicular á las dos, uniéndolas en la línea media.

Quedan dos colgajos laterales en los cuales juntamente se separa la aponeurosis superficial y músculo cutáneo. Ligadura de la yugular anterior, (las ligaduras se hacen dobles). Separación de los músculos infra-hioides y tiroideos, del hioides, tiroides y cricoides y ablación de los mismos. Denúdase la laringe y primer anillo de la tráquea. Ligadura de las laringeas superiores y crico-tiroideas derecha. La crico-tiroidea izquierda no se manifiesta hasta el final de la operación.

Un ataque intenso de asfixia obliga á abrir la tráquea, incindiéndola transversalmente por debajo del cricoides, tras cuya abertura se sigue el proceder de Perier en lugar del Glück, que quería practi-

96

carse. Desde este momento se extrema el cuidado en la hemostasia para evitar la caída de sangre en la tráquea; la cual es fijada por su primer anillo á la parte media del labio inferior de la incisión transversal inferior de la piel, haciendo que la piel cabalgue sobre el borde del mentado primer anillo. La tráquea se mantiene tirante con un hilo de seda que atraviesa el primer anillo, pues el pericondrio no tiene resistencia suficiente á pesar de ser el ideal teórico para evitar la necrosis.

Se despega solo un centimetro escaso de la cara anterior del esófago, para evitar la mortificación del borde traqueal. Separase la laringe de abajo á arriba, dejando parte del constrictor faringeo para luego lograr una mayor resistencia en la sutura. Se extirpa la laringe y epiglotis que está invadida, haciendose necesario reseca una porción de mucosa faringea y pilar posterior debido á la invasión neoplásica.

97

Se conservó el vértice ó punta del asta mayor del cartilago tiroideo para facilitar la sutura de la mucosa faringea en el lado izquierdo, un tanto comprometida por escasez de tegido; la del lado derecho resultó mas facil. Practicose en T á lo Lambert como aconseja Bardenhauer, sin perforar la mucosa, aprovechando segun consejo de Sebileau, los colgajos musculares del constrictor faringeo para un segundo plano de refuerzo.

Puesta la sonda naso-esofágica, se completa la sutura de la traquea á la piel, cabalgando esta sobre el primer anillo en toda su extensión. Colocose un dren lateral de arriba á abajo á la gasa yodofórmica, con salida inferior y suturose la piel dejando solo aberturas laterales inferiores.

Puesto el apósito y cánula traqueal de caucho, colocase el en-

fermo en posición algo erguida en la cama. Temperatura ^{de la cefalica} de 18 grados y ~~a~~ ^{at} ~~m~~ ^o ~~s~~ ^o ~~f~~ ^o ~~e~~ ^o ~~r~~ ^o ~~a~~ ^o ~~h~~ ^o ~~u~~ ^o ~~m~~ ^o ~~e~~ ^o ~~d ^o ~~a~~ ^o ~~.~~ Vigilancia continua. Curas repetidas dos y tres veces al día. Al tercero de intervenido la temperatura sube á 39 grados y aparece un absceso en el lado derecho del cuello al nivel de la incisión superior. Se hacen saltar los puntos cutaneos superiores, sale regular cantidad de saliva y pus, que denuncia una fístula salival faringea por esfacelo.~~

El enfermo se alimenta abundantemente por la sonda. La fístula crece y una sialorrea exageradísima ensucia continuamente el vendaje é infecta la herida.

Temperatura elevada y pulso frecuente al quinto día apareciendo hipo muy tenaz. Al sexto aparece un foco de congestión en el vértice derecho plano anterior *del pulmón.*

Saltados los restantes puntos de sutura cutanea queda al descubierto una gran fístula faringea que ocupa casi toda la porción suturada. Se rehace la faringe, pero vuelve á esfacelarse; solo resisten los primitivos puntos de fijación de la tráquea. La herida está infectada y empieza á esfacelarse el primer anillo traqueal, infección que se corre por debajo del esternon, con inminente peligro de una propagación al mediastino. Temperaturas elevadas entre 38 y 39 pulso pequeño y frecuente. Se le dan tónicos cardiacos, estimulantes y alimentación nutritiva en abundancia.

A los doce dias mejora el aspecto de la herida y se detiene el esfacelo del anillo traqueal. Continúa el ptáñismo y el hipo. Se quita la sonda esofágica y disminuye mucho el hipo. Se hace pasar directamente la sonda al esófago á traves del apósito. Nuevo acceso

100

febril y aparece un flemón en la mano izquierda á los trece días de operado. El flemón se corre al antebrazo, fese de piedad, se dilata el flemón difuso con anchas contra-aberturas. El enfermo está sumamente deprimido. Aparecen otros focos de epiemía en la mano derecha y pie izquierdo y ¹perna del mismo lado que son dilatados como el primero.

El proceso congestivo pulmonar se ha resuelto. La herida faríngea y traqueal está limpia. Queda la pared posterior de la faringe y de la parte superior del esófago. La saliva se drena hacia el exterior por medio de dos tubos de goma, que parecen los caños de un manantial, debido á la exagerada producción de la misma, que rebasa los dos litros en las veinticuatro horas.

Al acentuarse algo la mejora del enfermo, en una de las curas,

aspira una torunda de gasa, que es expulsada en un acceso de tos á las doce horas. Queda el enfermo abatido, con fuerte temperatura y pulso frecuente y debil. Despues de un par de dias mejora un tanto pero aparece entones una limfangitis erisipelatosa que invade toda la cara y cabeza, y cede á la semana *de haber dado comienzo.*

Han transcurrido dos meses y medio y el enfermo mejora con rapidez; despues de pasados quince dias mas, al ir á practicar la plastia faringo-esofagica, tienen que procederse á la extirpación del hueso hioides y base de la lengua por invasion neoplásica recidivante.

Al cabo de tres semanas se practica una plastia esofágica de la parte inferior de la herida, por simple avivamiento de los bordes cutaneos y mucosos y sutura no perforante de adosamiento.

A los pocos dias, la sonda que pasaba directamente al esófago

102

por su ostomia, se escurre hacia el estomago y es extraida por el Dr. Falgar sirviendose del Brünings cuando apenas asomaba por el cardias la extremidad de aquella.

A los cuatro meses de operado una segunda plastia faringea cierra toda la abertura; esta plastia como la anterior se hace con avivamiento de los bordes cutaneos y mucosos y sutura de adaptacion. Se esclavizan los puntos que estan en el ángulo hioides quedando una fístula del tamaño aproximado de media peseta.

El enfermo se pasea, fuma, rie, se alimenta en abundancia y engorda. Se hace entender facilmente con voz faringea. La abertura traqueal ancha y nada deforme, permite suprimir la cánula de caucho, que hasta ahora habia utilizado.

Una serie de plastias consecutivas, mas ó menos extensas, fallan

103

de continuo; por fin una ¹consutura en dos planos, el profundo con catgut y otro superficial con seda, ha logrado casi el éxito, pues solo filtra un poco de saliva y termino esta nota clínica señalando que hace un año está operado sin que haya sobrevenido nueva recidiva, y siendo espléndido el estado de nutrición del paciente.

Aun que con menos detalles voy á exponer otro de los casos últimamente operados por el Dr. Falgar á ^{el} que he asistido como ayudante, para hacer notar luego las ventajas é inconvenientes de las distintas técnicas empleadas, dando luego un apunte clínico de los dos casos intervenidos hace unos días por el Dr. Sojo, para aquilatar el valor de los detalles, que tienen en la laringuectomía importancia suma.

Se refiere el tercer caso del Dr. Falgar á un enfermo antiguo ²⁷sifilítico el cual sobre la cicatriz de un goma laríngeo se desarrolló

104

una neoplasia cancerosa que invadía las cuerdas vocales, vestibulo laríngeo y epiglotis; existiendo masas ganglionares en la región yugular y submaxilar. Por biopsia se comprobó la naturaleza epiteliomatosa del tumor. Intervención en posición semisentada. Anestesia profunda con veinte centímetros cúbicos de solución de novocaina y adrenalina al uno por cien y superficial con sesenta centímetros cúbicos al medio por cien. La anestesia fué tan perfecta que el enfermo no sufrió el mas pequeño dolor en las dos horas y media de intervención. Igual incisión que en el segundo operado. Separación de las partes blandas. Extirpación de los ganglios y dado el aneurisma de la yugular izquierda, inmediato á la extirpación de aquellos, hay necesidad de reseca seis centímetros de la misma. Las submaxilares infiltradas pero no invadidas se respetan y se procede á una cuidadosa hemostasia.

Despues de demudar la laringe y extirpar los musculos infra-hioides se incinde transversalmente la membrana tiro-hioides debajo del hioides, en bisel de abajo á arriba y de delante á atrás para suprimir la epiglotis. Desplazamiento de la laringe hacia adelante, incisión longitudinal de la misma y colocación de una cánula corriente de traqueotomia. Inmediatamente es separada de arriba á abajo la laringe de la pared faringea; por invadirlas la neoplasia son suprimidas las paredes faringeeas anterior é izquierda y una porción de la base de la lengua. Sutura faringo-esofágica á lo Lambert y colocación de la sonda para alimentar el operado.

Separación inferior de la laringe por incisión transversal por debajo del cricoides. Sutura de la tráquea á la piel procurando que esta recubra por completo al primer anillo. Drenaje longitudinal á cada lado. Sutura de la piel y músculo cutaneo. Apósito, cánula y

vendage.

El tratamiento post-operatorio ^{al} igual anterior, no tiene sialorrea ni hipo. Temperatura de 37'5 á 38 grados. A los cinco días esfacelo de la pared faringea. Infección de la herida, la cual se pone al descubierto saltando las suturas y mejora su aspecto. Hay algo de expectoración debido á la antigua bronquitis. El enfermo no usa cánula traqueal porque le excita la tos. Solo algunas décimas de temperatura y aspecto general bastante satisfactorio; buen pulso.

A los doce días una fuerte hemorragia por esfacelo de la tiroidea superior y una asistencia poco experta, ocasionan la pérdida del operado.

Ahora para comparar daré sucinta nota de otros dos enfermos recientemente operados por el Dr. Sojo.

107

El primero, bronquitis crónica y cuyo proceso laríngeo tenía aproximadamente un par de años de fecha, presentaba un epiteloma circular con invasión de las cuerdas y ventrículos, acompañado de adenopatías submaxilares y yugulares.

Después de los cuidados preoperatorios habituales, se le operó en decúbito supino y con una almohada insinuada bajo los hombros para levantar, ó mejor exponer, la región laríngea. Anestesia á la novocaina, perfecta. Incisión superior horizontal, medio centímetro por encima del hueso hioides y limitada por los músculos esterno-cleido-mastoideos; incisión inferior paralela á la primera y con igual limitación, incisión media vertical uniendo las dos anteriores.

Quedan al descubierto los bordes inferiores de la submaxilares. Extirpación de las masas ganglionares invadidas. Despegamiento mus-

cular y denudación laríngea. Ligadura de las laríngeas superiores. Se suprime parte de los músculos infra-hioideos y la laringe es separada de la base de la lengua por debajo del hioideo y de arriba y abajo de la faringe; con la laringe queda la epiglotis y una gran porción de mucosa faríngea. Cánula en la laringe.

Se desplaza fuertemente la laringe hacia adelante y se hace una sutura mucosa de la faringe. Una sutura longitudinal á puntos entrecortados y de abajo á arriba, y un cierre superior transversal; de esta manera se aprovecha mucho el tejido y la mucosa no sufre distensión alguna, quedando completamente ocluida la herida. Por encima se sutura el plano muscular, compuesto del constrictor faríngeo y porción de infra-hioideos; puesta la sonda faringo-esofágica y eliminada la laringe se dan unos puntos de catgut y orin para sujetar la tráquea

á la piel, dejando que sobresalga el primer anillo y se sutura algo incompletamente la porción membranosa de aquella. Colocación de un drenage transversal superior y otro transversal inferior. Sutura de la piel y músculo cutáneo. Cánula metálica, apósito.

Cuidados post-operatorios igual á los otros dos. Curas repetidas. Alimentación abundante y nutritiva.

Poca temperatura, pulso lleno, rimado y poco frecuente, respiración profunda y completa. Al tercer día empieza á esfacelarse el anillo primero de la tráquea, como no podía menos y los músculos infra-hióideos, á los seis días comienza la filtración de saliva. A los nueve se ha fraguado una ancha fístula salival que obliga á inclinar la piel en casi toda la extensión. Como se han cerrado las aberturas de drenage inferior, la saliva se vierte directamente á la tráquea, pero se evita la entrada á la misma mediante una cánula de caucho y

110

un fuerte taponamiento. A los diez días el enfermo pasea por las galerías del Hospital. Al mes de operado aparece una recidiva ganglionar, en la región submaxilar derecha, ganglios, que son extirpados por el Dr. Sojo. A los dos meses se ha formado una gran masa caseosa del tamaño de la cabeza de un feto, invadiendo toda la región de los vasos, base de la lengua, amígdala, pared faríngea y piel del lado derecho. El Dr. Falgar practica un vaciamiento precervical con resección completa de todos los tejidos invadidos y previa doble ligadura de la carótida y yugular, extirpa el paquete vasculo nervioso de dicho lado desde el nivel de la clavícula al ángulo del maxilar. El enfermo resiste la operación y á los diez días de intervenido abandona la cama y se alimenta abundantemente por la sonda naso-esofágica, que pasa por completo al descubierto. Solo presenta miosis del lado derecho que contrasta con la midriasis izquierda y un pequeño dolor

111

sordo del mismo lado. A los quince días empieza una nueva recidiva en la abertura traqueal.

En el segundo operado, afecto de epiteloma nodular que invade toda la laringe y epiglotis, se siguió el proceder de Glück, solo que al principio de la operación ataques reiterados de ahogo obligaron á una traqueotomia transcricoidea, continuando luego la operación sin ningún percance. Se dejó, al suturar, toda la parte superior de la faringe al descubierto para poder vigilar la sutura de la misma que se hizo segun nuestro último proceder, apareciendo algo de esfacelo en sus bordes al tercer día, fecha en que el operado empezó á levantarse. Dicho esfacelo fué extendiendose luego, existiendo ahora un ancho boquete por el cual escapa la saliva y que necesitará de una amplia autoplastia á doble colgajo.

Despues de historizados estos cinco casos; en variación de pro-

cedimiento y de detalles, voy á analizar lo que considero bueno en cada uno de ellos y ^Iasentar mi criterio sobre la manera de practicar la laringectomía.

Las condiciones de vida del enfermo, sus resistencias orgánicas y el estado de ^Iquéria, influyen poderosamente sobre el resultado, debido á ello es por lo que creemos necesario preparar al enfermo antes de operarle, con una serie de inyecciones estimulantes de nutrición y de la fibra muscular y tónicas del sistema nervioso; porque conviene tener en cuenta que se trata de enfermos auto-intoxicados por falta de oxigenación sanguínea y sobra de toxinas cancerosas, y muchas veces en los límites de la caquexia, bebedores ó fumadores, casi siempre bronquíticos antiguos, siempre arterio-esclerosos, por lo tanto tiene que recurrirse al arsénico, estricnina, digital y bal-

sámicos, al propio tiempo que buena alimentación, antes de operarles.

Limpieza completa de la boca; baño y un purgante dos días antes de la intervención y un enema el mismo día.

El enfermo durante la operación debe estar semi-sentado con un rollo bajo los hombros y la cabeza bien apoyada hacia atrás; esta posición es cómoda para el enfermo y para el operador; al mismo tiempo que muchas veces evita los ataques de asfixia nada infrecuentes en las laringectomías por cáncer; en el penúltimo de los casos mencionados no se empleó esta posición y sin embargo no pasó ningún percance.

En cuanto á anestesia, la general es causa de graves accidentes en estos operados, á ella fué debido el que no pudiese terminarse la intervención en el primero de los reseñados y creo que ella fué la causa principal de la serie de fracasos á que asistí en mis comienzos

114

de internato, época en que se empleaba sistemáticamente. El cloroforme es demasiado tóxico para usarlo en operaciones tan largas y en enfermos tan intoxicados pues produce una depresión muy intensa en el organismo, y estos enfermos necesitan tónicos y no depresores; el éter es peligroso también, por tratarse casi siempre de individuos afectados de procesos bronquiales crónicos y las mezclas, como la tan usada por Glück,^{de} Schleich, tienen cuando menos el grave inconveniente de los vómitos y la molestia de crear dificultades en el acto operatorio. Con las soluciones de novocaina que empleamos al uno por cien y al medio por cien en suero fisiológico adicionado de unas gotas de adrenalina, se obtiene una anestesia casi perfecta y algunas veces ideal; es fácil de hacer, con las inyecciones profundas por detrás de los esterno-clavídeo hasta las apófisis transversas para anestesia del plexo-

cervical, de cinco á diez centímetros cúbicos á cada lado de solución al centésimo, y superficialmente en infiltración alrededor de la laringe esparciendo cincuenta centímetros cúbicos de solución al medio por ciento, *además de la anestesia profunda de los laringes superiores.*

Es casi necesario dar una inyección de morfina con ó sin atropina antes de empezar la anestesia.

Con esta técnica pasados de quince á veinte minutos la anestesia es completa. El enfermo no experimenta el choque de la anestesia unido al traumático y alguna vez he visto al operado resistirse á que le llevaran con la camilla á la cama; la novocaina se resiste así mismo con gran tolerancia por el organismo; en casos de estrumestomia por bocios enormes he visto inyectar hasta un gramo ~~de novocaina~~ sin el menor inconveniente. Con ella se ahorran los vómitos post-anestésicos, además el enfermo puede alimentarse antes de ser operado

116
é inmediatamente despues, lo que no puede hacerse con la anestesia general, y la alimentación tiene capital importancia en el laringoes-tomizado.

Tócame hablar ahora de la incisión qué escoger; no me ocuparé de la serie que se habian ideado segun el gusto de cada operador y especialmente las de Durante, Stori y antiguas de Glück, sino solo de la adoptada hoy en día, como es clásica, fijarme en algunos detalles de la misma. Si la incisión horizontal superior se hace por encima del hueso hioides y cuanto mas arriba peor, se cae en el inconveniente de que aquella alcanza la región de las submaxilares y facilmente se hieren, exponiendose además á tomarlas por ganglios y extirpar una porción de las mismas, corriendo el peligro de herir los vasos en el ángulo de la mandíbula, al propio tiempo que dificulta el drenaje, porque

117

resulta este colocado en una región demasiado alta y no cumple bien su objetivo y á mas hace difícil la adaptación de la piel á la muela cuando se pone el apósito. Todo esto ha pasado en los últimos casos descritos. Debe unir esta incisión los bordes internos de los esterno-cleido-mastoideos, algo por debajo ~~del~~ del borde inferior del hueso hioideos. En cuanto á la inferior es indistinto que sea mas alta ó mas baja, depende de las condiciones del caso, la cuestión es que corresponda, cuando menos, á dos centímetros por encima de la horquilla esternal y su longitud debe ser algo mayor de lo que generalmente se acostumbra; en lugar de los bordes internos de los esterno-cleido debemos unir los externos, como practican Sebileau y Falgar con lo cual se facilita la colocación de un buen drenaje. La incisión media vertical no ofrece nada de particular, debe unir en el punto medio las anteriores, quedando los dos colgajos de base lateral;

Al hacer el despegamiento de las partes blandas deben cortarse siempre todos los vasos visibles entre dos ligaduras. Descubiertas las bases de las submaxilares será fácil extirpar los ganglios de esta región y despegando hacia afuera y abajo se llega á la cadena yugular, en el ángulo de la mandíbula, por debajo del esterno-mastoi-deo á todo lo largo del mismo, que debe reseguirse con los dedos para que no quede ganglio alguno y en caso necesario se suprime una porción de la yugular, entre dos ligaduras, como se practicó en el tercero de los casos reseñados. Creo que este es el momento preciso para resecar los ganglios ó luego de extirpados los músculos; pero siempre antes de abrir la laringe.

La supresión de los músculos pre y perilaringeos ha sido muy discutida; desde los que iban suturando todas las masas musculares

por planos, hasta los que suprimen toda masa muscular, no solo los hioideos y tiroideos, sino así mismo los constrictores faringeos y hasta el músculo cutaneo hay una extensa gama de opiniones. Atendiendo á lo visto y porque he cuidado estos enfermos despues de operados y seguido su marcha minuciosamente, puedo afirmar que siempre he visto esfacelarse la masa muscular conservada fuera grande ó reducida, jamás he visto soldarse de primera intención la piel con la mucosa debida á la interposición muscular que infecta el espacio muerto debido al esfacelo y es causa de que tengan que soltarse los puntos epidérmicos para establecer un ancho drenaje y proceder á una buena antisépsia; puesto que el esfacelo muscular trae consigo la fístula salival y el poder séptico de la saliva queda demostrado en nuestro operado segundo, que gracias á su resistencia inagotable resistió una piemia gravísima consecutiva á la fístula salival y á la infección

consiguiente de la herida.

120

Creo que el esfacelo muscular es debido al magullamiento y cambio completo de relaciones, lo cierto es que se esfacelan siempre las masas musculares, por lo cual tengo la convicción de que es necesario solo quede piel y mucosa; en este punto disiento de la opinión de Berard, Sagnon y Bessière que son partidarios de la sutura por planos, considero están en un error, para que el agua de una cañería no escape es preciso que las paredes estén íntegras, no que sean gruesas.

En el segundo de nuestros operados se suprimieron todos los músculos menos el cutaneo y el constrictor faringeo, falló la sutura mucosa, mas adelante veremos porqué; en el tercero quedaron algunos selgajos y por allí empezó el esfacelo; en el penúltimo se dejaron grandes porciones musculares y ellas fueron las primeras en mortificarse provocando la formación de la fístula salival.

421

Antes de terminar el despegamiento y denudación de la laringe es preciso ligar las laringeas superiores y las crico-tiroideas, menos expuestas que las laringeas, resulta á veces algo trabajoso ligar á las segundas, no obstante con un poco de paciencia y método se ligan siempre, debiendo hacerse en ambas lo mas hacia afuera posible para evitar el cortarlas de nuevo en el curso de la operación, ligaduras de las cuales no puede prescindirse nunca como tampoco de la de las laringeas posteriores y aun en ocasiones se hace necesaria la de algunas tiroideas, pues la hemostasia ha de ser completísima; pero sin exagerar la nota como hacen unos pocos, que se empeñan en ligar incluso vasos que difieren poco de los capilares. Es una buena práctica el efectuar aquellas con el catgut enebrado, cogiendo tejido perivascular, que protege el vaso contra el esfacelo, y es indispensable la doble ligadura en la

122

mayoría de ellos.

Seguras de la hemostasia y desnuda la laringe hasta la cara posterior, se procede á abrirla en su unión con la tráquea ó incindiendo la membrana tiro-hioidea, técnicas de Perier y de Glück, de uno y otro proceder tenemos ejemplos en nuestros casos.

En el Perier típico se separaba una gran porción de tráquea, pasando la sonda ~~canalada~~ entre el esófago y el primer anillo traqueal, despegando este y el inmediato, que eran completamente desnudos; así lo habíamos visto practicar años atrás á los Doctores Sojo y Falgar; hoy aun siguiendo el proceder de Perier se desnuda tan solo un anillo, como se hizo en nuestro primero y segundo casos reseñados y aun consideramos mejor la separación de la laringe desde el borde traqueal sin despegar ningún anillo.

123

En este proceder el despegamiento de la mucosa faringea de abajo á arriba es facil, pero queda desde este momento la tráquea expuesta á recibir la sangre y demás productos que con facilidad se escurren hasta ella pues á pesar de desplazarla fuertemente hacia adelante, queda siempre expuesta y requiere una vigilancia extrema. En la técnica de Glück la separación de arriba á abajo es algo mas laboriosa por la facilidad de cortar la pared anterior de la faringe especialmente al nivel de los aritenoides y de los senos piriformes, pero ofrece la ventaja que desplazando luego la laringe hacia adelante queda ancho campo para la sutura faringea, sin peligro de entrada de sangre ni necesidades en el ^{arterial} ~~sanguíneo~~ respiratorio. Cuando la laringe está separada y desplazada adelante como hemos indicado es util incindirla á lo largo é introducir una cánula para procurar una respiración mas facil al enfermo. Pero á veces acontece, como ocurrió en el segundo de los in-

124

tervenidos, que un ataque asfíctico obliga á abrir paso inmediato al aire y no queda otro recurso que incidir por el sitio mas practicable, que es por debajo del cricoides y proceder al despegamiento de abajo á arriba ó practicar una traqueotomia crico-tiroidea ó á través del cricoides, como en el último operado, para poder continuar el proceder de Glück.

Las ventajas de este técnica se aprecian inmediatamente al practicarla; desplazada la laringe hacia adelante mediante unas pinzas de Museux queda espacio mas que suficiente para con toda tranquilidad practicar correctamente la sutura mucosa de la pared faringea anterior invirtiendo en ello todo el tiempo que precise.

Es una buena práctica para esta sutura la seguida por el Dr. Seje en el penúltimo de los casos descritos, de suturar á puntos entrecortados y longitudinalmente toda la mucosa faringea; por cierto que

faltaba una gran porción de la pared anterior y en esta forma sin ningún esfuerzo llegó á unir perfectamente los bordes, porque la anchura del conducto siempre es mas que suficiente para que pase la sonda esofágica y mas tarde si fuese preciso podrá dilatarse. Por lo tanto debe obtenerse una larga sutura como enseñó Bardenhauer á lo Lamberd, de abajo á arriba y otra transversal corta que una la base de la lengua y el hioides á la mucosa faríngea; queda de esta manera en forma de una T alargada.

El procedimiento seguido hasta ahora de suturar la mucosa en su mayor parte en sentido transversal y una pequeña porción en sentido longitudinal, quedando en T achatada la línea de sutura, dejaba una faringe mas ancha, pero los tejidos quedaban muy tensos y los puntos fallaban con facilidad porque la mucosa se desgarraba por la excesiva tensión y las repetidas contracciones faríngeas, como aconsejaba en

126

el segundo y tercer caso reseñados. A pesar de una ajustadísima sutura mucosa, he visto producirse una ancha fístula salival á los seis días de intervenido el últimamente citado, por las razones expuestas y á mas por haber dejado una capa muscular que fué suturada en un segundo plano y cuyo tejidos al esfacelarse ocasionaron la mortificación del plano mucoso subyacente.

Para evitar estas fístulas salivales no hay otro medio que suprimir toda masa muscular y hacer una perfecta sutura entrecortada de la mucosa á lo Lamberd segun el dispositivo del Dr. Goje anteriormente descrito, reforzandola con un segundo plano de sutura continua que recubra el primero ~~subyacente~~ y procurando que los colgajos cutaneos se adapten por completo á la mucosa.

Dado que estos operados deben alimentarse bien, es de gran importan-

129

tancia la colocación de la sonda naso-esofágica para hacerlo, pues si se prescinde de ella las contracciones faringeadas contribuyen al desgarramiento de los puntos de sutura mucosa, dando pie á la infección de la herida operatoria.

He citado como fenómeno poco común la producción de hipo en uno de nuestros operados, por el paso de la mentada sonda y la casi desaparición del mismo cuando aquella pasó directamente á través del esófago, señalamos como á causa del mismo la irritabilidad del nasofarinx por la sonda y como acto reflejo la aparición del hipo, fuera de esto la causa no hemos visto aparecer este fenómeno en ningún otro caso y en el descrito se trataba de un individuo infectado y por la misma con el sistema nervioso poco resistente.

Para terminar la operación falta separar la laringe de la tráquea

128

y la sutura de esta á la piel. Solo cuando la sutura faringo-esofágica esté terminada y hayamos comprobado ser perfecta la hemostasia, se procederá á separar la laringe incindiendo con el bisturí transversalmente de delante á atrás y con rapidez por debajo del cricoides, teniendo en cuenta que la tráquea está unida al esófago y este no debe perforarse; menos cómodo es hacer la incisión de atrás á adelante y mas peligroso y menos limpio es hacerlo con tijeras. La cuestión aquí estriba en que la piel recubra el borde superior del primer anillo y que la sutura no sea perforante del cartílago, á veces el pericondrio no resiste y tiene que ser atravesado aquel por los puntos de orin pero generalmente no sufre menoscabo sino se despegan los anillos del esófago, como se hacia por el procedimiento de Ferriér, porque en la forma hoy empleada se asegura la vitalidad del cartílago, prueba

de ellos es el segundo caso reseñado en el que no se necrosó la menor porción de anillo y ha quedado una perfecta ostomía que ha permitido la supresión absoluta de cánula.

La sutura de fijación traqueal también debe ser muy perfecta en la parte posterior mucosa de la tráquea, porque el éxito de esta intervención estriba en buena parte de la separación absoluta de la tráquea del resto de la herida y esto se logra con una buena sutura que consiga rápidamente la unión de la piel con la mucosa, de ahí la ventaja de recubrir la primera el borde superior de la tráquea, sin que lo haga en exceso, porque entonces una infiltración de la misma dificultaría el paso del aire. No es conveniente dejar que el primer anillo sobresalga del plano de sutura, como en el penúltimo citado, porque su vitalidad queda comprometida y la cicatriz por primera in-

130

tención se hace poco menos que imposible.

La fibro-mucosa traqueal que pretendía sirviese de barrera, siguiendo el procedimiento de Perier de despegar el esófago, era una barrera que fácilmente cedía y servía de remanso á los productos sépticos de la herida que mortificaban esta pared constituyendo un foco de infección y una causa frecuente de bronco-pneumonia. Es mejor técnica para esta sutura el unir los dos labios de la herida cutánea inferior alrededor del primer anillo traqueal, procurando que sea una sutura minuciosa y no perforante y que la piel recubra por completo el borde traqueal poniéndose en contacto con la mucosa,

Separada la laringe, suturada la faringe y la tráquea y con una completa hemostasia queda solo el drenaje y cerrar la herida cutánea. No es cuestión fácil el hacer un buen drenaje en esta intervención, y es de capital importancia el lograrlo desde el momento que en estos

131

operados se producen con gran facilidad fístulas salivales; la prueba está en que de los cinco casos mencionados, en cuatro se presentó fístula salival, el otro murió perentoriamente; dada esta contingencia, inútil señalar la facilidad de las infecciones y consiguientemente exudación purulenta, con tendencia á derramarse en la tráquea, de ahí también á mas de la necesidad de un buen drenaje de la de una perfecta y rápida cicatriz entre aquella y la piel en busca de una barrera aisladora

Glück recomienda un drenaje doble lateral superior en los extremos de la incisión cutánea; este drenaje es muy útil si está bien situado ó sea en el extremo de la incisión que pasa rasando el borde inferior del hueso hioides y correspondiendo al ángulo de convergencia de la base de la submaxilares, astas del hioides y línea de los vasos, pues así desvía las secreciones superiores, que de lo contrario se escurren siguiendo la línea de los esterno-mastoideos hacia la parte

baja de la herida. El drenaje debe consistir en una tira de gasa yodofórmica á cada lado ó en un tubo de cauchou; no debe una misma gasa atravesar transversalmente la herida y servir de doble drenaje, porque entonces al interponerse entre la piel y la mucosa impide la coaptación y además no drena el ángulo ~~este~~ á que precisamente está destinado, como pasó en nuestro penúltimo reseñado.

Para que el drenaje inferior resulte eficaz luchamos con el inconveniente de las inserciones claviculares del esterno-cleido-mastoi-deo, que desvian hacia la línea media los exudados dificultando su salida, para lograr lo cual será necesario á veces atravesar estas fibras musculares y tendinosas ó cortar algunas de ellas. El drenaje debe salir por los extremos de la incisión inferior cutánea, coleccionando á ser posible un dren á cada lado, á lo largo del ángulo lateral del esterno que drene lo que de herida queda por debajo del drenaje supe-

sior; este fué el único drenage empleado en nuestro segundo y tercer operados con la diferencia de que como prescindimos del superior aquel llegaba hasta la región submaxilar. Este drenage adolece del defecto que al quitarlo por primera vez difícilmente se logra colocarlo de nuevo en toda la extensión, sobretodo si no se ha puesto drenage superior.

Otro drenage que tiene la misma salida que la anterior es una transversal que llega hasta el ángulo de sutura de la piel con la tráquea, no debe pasarse, como en nuestro penúltimo operado, una tira única de gasa que entre por un extremo de la incisión inferior y salga por su otro extremo, porque entonces adolece del mismo defecto que el superior, de dificultar la adaptación ^{de} ~~de~~ mucosa tan necesaria en este punto, al que se suma el de facilitar el acúmulo de exudados encima de la misma tráquea. Creemos por lo tanto deben emplearse solo los dos drenados superiores y laterales en la forma antes detallada.

134

Falta aun la sutura cutanea, que debará hacerse con erin á puntos entrecortados, de toda la incisión vertical media, de la horizontal superior solo dejando sus extremos abiertos para el drenaje y de igual manera en la incisión inferior, cuya porción central habrá sido ya antes suturada á la tráquea. La práctica de algunos operadores de diferir unos dias la sutura de la piel, para evitar posibles estancamientos de líquidos mas ó menos sépticos entre la misma y el plano faringo-esofágico, la tengo por perjudicial, pues se priva de protección á dicho plano y por lo tanto pueden fallar mas facilmente aun las suturas de aquel. Apoya mi criterio el último caso relatado en el cual, siguiendo en parte dicha práctica se suturó incompletamente los dos colgajos y en él el esfacelo de las paredes esofágicas fué mayor que en los otros con sutura completa, no obstante estar en peores condiciones los enfermos.

135

En cuanto á la cánula á emplear para la ostomia traqueal, creo preferible la de cauchou empleada por los Doctores Betey y Falgar, pues las metálicas por su rigidez y mayor peso pueden contribuir á la mortificación del primer anillo, á más la cánula de cauchou se adapta mejor á las paredes traqueales impidiendo la entrada de saliva y exudaciones de la herida á la tráquea sin que la circulación en los tejidos sobre que^{se} apoya quede dificultada en lo mas mínimo, conservándose íntegra la vitalidad de ellos como hemos podido comprobar en los casos que se ha usado, é incluso cuando por uso temporal de cánula metálica habia empezado la mortificación, dicha vitalidad ha reaparecido al sustituirla por la de cauchou; ventajas á la que una la des^{de} ser menos molesta sobre todo si se emplean cortas y convenientemente incurbadas.

136

Por lo que respeta á cuidados post-operaterios creemos ha de recurrirse á los que se han tenido con nuestros operados. Se adoptará la posición semisentada, en una celda con temperatura de 18 á 20 grados y atmósfera humedecida. Se procura prevenir la bronco-pneumonia con una posción balsámica y tónica para evitar el colapso ó el shock, así mismo se le dá abundante y nutritiva alimentación á base de leche, huevos, café, alcohol, en forma de cognac ó Jerez. Una asistencia esmerada é inteligente limpia la cánula de mucosidades; algunas veces el enfermo casi no espectorá, como en los últimos de los casos citados, depende este hecho de haber preparado convenientemente al enfermo antes de la operación.

Un par de curas diarias serán suficientes muchas veces, es decir mientras la saliva no fluya á través de fístula alguna, cuando esta

137

se escurre y empapa el vendage, son necesarias tres ó mas curas segun la abundancia de la misma; si acontece como con nuestro segundo caso, afecto de un ptialismo exageradísimo, entonces las curas deben repetirse incesantemente, de lo contrario, todos los cuidados pre-operatorios y requisitos de la operación quedan fallidos por la demora en las curas, siendo causa de accidentes infectivos, como pasó en nuestro operado, á pesar del ^{interés} ~~cuidado~~ que se puso en cuidarle.

Y nos detenemos en estos hechos por creerlos altamente instructivos, pues la experiencia nos ha demostrado ser de gran importancia en el cuidado de los laringectomizados los menores detalles. Hace algunos años vimos perderse uno de estos operados porque habiéndose el quitado la sonda esofágica, un asistente muy poco habil la colocó, abriendo^a la tráquea por detrás una falsa via en el esófago suturado, que fué causa de una bronco-pneumonia fatal; de aquí la necesidad de

138

que sea inteligente la asistencia, debiendo estar á cargo de quien tenga aptitud para solventar las múltiples contingencias que se presentan, como poner y quitar la cánula, cambiar un drenaje, cohibir una hemorragia siempre que sea preciso, y no querer nunca ahorrar tiempo ni trabajo, atendiendo escrupulosamente la limpieza, de importancia capital; dos se perdieron por hemorragia, á los seis días uno, á los doce días otro, por no tener á su servicio un asistente capaz de cohibirla; así en el segundo, ~~perdió~~ ^{continuamente} ~~perdió~~ el tiempo el médico de turno, queriendo agotar con agua oxigenada una hemorragia de la tiroidea superior, ~~en vez~~ ^{en vez} de recurrir á un sencillo desbridamiento para pinzar la arteria.

Los drenajes serán renovados á las 24 horas de la intervención, luego cada día y siempre que sobrevinieren infección y resultaran

aquellos insuficientes ~~se~~ se soltarán las suturas cutaneas, que cuesta mucho menos el rehacer las, que el curar un foco de retención séptica con drenaje defectuoso. Los cuidados de asépsia en estos operados deben ser grandes y la desinfección extremada cuando sobrevienen complicaciones. En nuestro penúltimo caso citado, vino un esfacelo de toda la línea de sutura mucoso-faríngea por propagación del de la masa muscular y á pesar de ello excepto los tres primeros días en los cuales tuvo algunas décimas de temperatura, en los siguientes no ha llegado nunca á 37 grados, generalmente oscila entre 36'5 y 36'8 grados con 65 á 70 pulsaciones; enfermo que desde el cuarto día se levanta y desde el octavo se pasea por la sala, no obstante tener abierta toda la parte inferior de la herida.

Conviene señalar que pasados los cinco ó seis primeros días del

140

acto operatorio, los brónquios se hacen mucho mas resistentes á la infección, y á pesar de que penetre algo de saliva en las vias respiratorias ni se producen propeestas, ni focos de bronquitis. No hay que extrañar que insistamos en esta meticulosidad de detalles, pues la clínica basa sus éxitos, muchas veces, en verdaderos detalles, y cuando se trata de estos enfermos, tan expuestos á múltiples contingencias, influyen en ocasiones mas los pequeños detalles, que la corrección y aun la misma clase de técnica empleada al operarles.

Muchas veces despues de tres ó cuatro dias de la intervención, y así aconteció en los casos relatados, aparece una pequeña fístula salíval, que va creciendo rápidamente y llega, á veces, á abarcar toda la extensión desde la entrada del esófago hasta la parte superior de la faringe bucal, quedando un ancho boquete que obliga á hacer saltar toda la sutura cutanea, para mejor cuidar de la herida; la dificultad

141

de establecer un buen drenaje, para desviar la saliva, se pone aquí de manifiesto, pues si no se ha logrado la coaptación de la piel con la mucosa traqueal, la saliva siguiendo el plano declive se derrama en la tráquea, no habiendo otro medio para impedirlo que un apretado taponamiento que debe renovarse con mucha frecuencia. Dos tubes de drenaje laterales en la parte inferior prestan buen servicio llevando la saliva al exterior, pero no siempre cumplen debidamente su cometido y es necesario cerrar lo mas pronto posible esta abertura mucosa, por autoplastia.

Creemos que cuando tiene gran extensión la fístula, lo mejor, y así se practicó con buen éxito en el segundo de los casos citados, es suturar en solo un plano piel y mucosa, avivando previamente los bordes y procurando que la sutura no sea perforante de la última; pero generalmente queda una fístula superior que se hace refractaria

á la oclusión y entonces la plastia es mas dificultosa. Muchos operadores, siguiendo á Gluck hacen la plastia por renversamiento de cel-
gajos, pero tiene el grave inconveniente este proceder, de la salida
de pelos en el interior de la faringe; nosotros preferimos si la can-
tidad de tejido es suficiente, practicar un doble plano de sutura, uno
profundo con catgut, de la mucosa, no perforante y otro superficial de
la piel, con orin; advirtiéndole que la saliva corroe siempre los puntos
de sutura y esta es la causa de que falle muchas veces; por lo mismo
contribuye algo al éxito el dejar un pequeño escape salival en la parte
inferior y cerrarlo luego de lograda la coaptación de los bordes de la
abertura fistulosa.

TRAQUEOTOMIA PREVIA.

Restanos decir algo sobre la extirpación laríngea yende pre-

113

cedida de traqueotomía. Sebileau practica siempre una traqueotomía previa y opera siguiendo á Perier, pero de la misma manera puede seguirse la técnica de Gluck en los traqueotomizados, no constituye ella ningún obstáculo, muy al contrario es una salvaguarda para evitar toda asfixia al extirpar la laringe y así aconseja Tapia que lo hagan los principiantes para trabajar con mas seguridad.

La traqueotomía debe ser lo mas baja posible y de esta manera no estorba la cánula al operar, pues con poderse practicar el despegamiento de arriba á abajo despues de una traqueotomía transversal alta, ella aumenta las dificultades de aquel.

La técnica de la laringuectomía en estos casos es la corriente; la sutura de la tráquea á la piel se hace de la misma manera, que en los no traqueotomizados quitando luego la cánula traqueal de la primera

W.H.

ostómosis que por si sola se ocluye colocandola en la abertura superior.

Algunos operadores, Rueda, Mackensie y otros prefieren suturar el muñon traqueal superior y dejar la cánula en la abertura de traqueotomia para aislar de esta manera la tráquea de la herida, pero los resultados no han sido satisfactorios, porque el muñon traqueal se abre y por lo tanto no cumple su objeto, además obliga al uso permanente de cánula. Mackensie sin embargo no se opone á que se abra el muñon traqueal y el enfermo respire por esta abertura dejando cerrar la otra, pero la tráquea se hunde la herida y cae en el defecto que ha querido evitar con el inconveniente de que el peligro de pasar cuerpos extraños á la tráquea se hace mayor y la ostomia traqueal es defectuosa.

Inconvenientes tiene la traqueotomia; entre los cuales hay la

145

reacción que producen, debido á la presencia de la cánula que actúa de cuerpo extraño, y la caída de sangre en la tráquea unida á la infección ligera, consecutiva á poner en contacto directo con el aire la secreciones traqueo-bronquiales, habiendo hecho una solución de continuidad en piel y cartílago puede predisponer á la bronco-pneumonia.

En cambio tiene la ventaja de proporcionar, sin medida limitada, aire á los afectos de cáncer laríngeo, de cuyo aire andan escasos, desde una porción de tiempo, largo á veces, estos enfermos lo cual no deja de ser una ventaja grande para el éxito de la laringectomía, porque aireándose mas la sangre y adquiriendo mas oxígeno el organismo se verificarán con mas desahogo y mas ampliamente los cambios nutritivos, pudiéndose modificar favorablemente el estado general del paciente.

146

De la laringueotomía previo abocamiento traqueal, solo diremos que está indicada cuando en el transcurso de la operación el enfermo, extenuado ó caquéctico, tiene tendencia al síncope y hay que terminar prestamente, como ocurrió en el primero de los casos citados, en tales condiciones considero mejor que la traqueotomía de recurso, acabar en un primer tiempo el abocamiento traqueal y dejar para otro día la extirpación de la laringe.

=====

Para resumir cuanto llevamos expuesto en este capítulo, hemos de afirmar que para la laringueotomía total por cáncer preferimos el procedimiento de Glück, salvo en caso fortuito de accidente imprevisto durante el acto operatorio; recurriendo siempre á la anestesia local y practicando la incisión clásica, extendida la inferior hasta los

147

bordes externos de los esterno-cleido-mastoideos. Luego, despegamiento y decorticación de la laringe; hemostasia cuidadosa; supresión de todos los músculos pre-laríngeos, infra hioideos y constrictores faríngeos; extirpación de gánglios. Separación de la laringe de arriba á abajo, por incisión infra hioidea, cuidando de respetar lo mas posible la pared faríngea; sutura faríngea á lo Lambert de doble plano, larga longitudinalmente, de abajo á arriba y pequeña la línea transversal de unión á la base de la lengua y membrana tire hioidea; corte por debajo del cricoideos, sin despegar el esófago; sutura de la piel al anillo traqueal; cabalgando aquella sobre el último; dos drenajes laterales superiores y dos inferiores longitudinales; ~~pasa en~~ y sutura cutánea completa con solo abertura en sus cuatro extremos para el paso de los drenes. Sonda esofágica. Cánula traqueal de caucho; apósito compresivo á la gasa. Grandes cuidados pre y post-

operatorios.

Y para terminar lo referente á laringuectomia total esquematizaré los puntos capitales del progreso de la misma, la mayoría debidos á Glück. Anestesia local, Extirpación sistemática de ganglios invadidos, supresión de los músculos pre-laringeos, hemostasia perfecta, separación de la laringe de arriba á abajo, sutura no perforante de la mucosa faringea y traqueostomia sin despegamiento del esófago.

149

VACIAMIENTO PRE - CERVICAL.

Cuando un cáncer primitivamente intra-laríngeo ha salido de su cápsula, para invadir varios de los órganos vecinos, de preferencia la faringe, base de la lengua y esófago, ó bien siendo de origen extra-laríngeo se ha extendido á aquellos, no es posible tratarlo por simple laringectomía, es preciso eliminar por completo lo invadido, cuando menos, y ello nos obliga á suprimir porciones mayores ó menores de órganos y tejidos peri-laríngeos practicando por lo tanto un verdadero vaciamiento precervical.

Muchos clínicos consideran inoperables estos enfermos, especialmente cuando la neoformación es baja é invasora en extremo; pero prevalece hoy el criterio deben ser operados estos cancerosos siempre que

no estén coqueetizados y que la intervención pueda aminorarles sufrimientos.

Debe advertirse sin embargo, que es la regla recidiver ^{en} tales casos las neoplasias.

Dada la multiplicidad de órganos que pueden estar invadidos, incluso á veces el mismo cuerpo tiroídes, imposible hacer de esta intervención una operación reglada como la laringuectomia, pero en sus líneas generales puede de ella darse un tipo fundamental.

Y no es el vaciamiento precervical operación de fecha reciente; lo practicó en 1875 Langenbech y posteriormente lo han empleado Billroth, Bottin, Mac Even, Buchen, Margary, Pean y luego Gluck y en nuestros días varios operadores que han hecho laringuectomias han recurrido al vaciamiento precervical, en determinados enfermos; en España igualmente se ha practicado algunas veces; tienen un caso Falgar y otro ^{en Barcelona}

157

Botey, pero forzoso es confesar que los éxitos obtenidos son pocos, por recidiva precoz de la neoplasia, la cual aparece no solo en casos de verdadero vaciamiento sino también de simple laringuectomia ampliada con la supresión de alguno ó algunos de los órganos vecinos.

Sirve de pauta ó modelo hasta cierto punto á la intervención que nos ocupa la última técnica de Glück para laringuectomia, con las variantes á que obliga su amplitud dependiente de la extensión del proceso. La incisión á dos colgajos laterales á lo Sebileau, con hemostasia cuidadosa y supresión de los musculos pre-laringeos y mayor ó menor parte de los perilaringeos.

Si hay que suprimir anillos traqueales, se corta el istmo del cuerpo tiroides entre dos ligaduras pediculizándolo, y si dicha glándula está invadida se aisla igualmente, mediante ligadura similar á la indicada, la porción á extirpar, al propio tiempo que se ligan los

vasos que abocan á la misma.

152

Por disección obtusa, pasando el índice entre la carótida y el constrictor faringeo, se separa la pared posterior faringo-esofágica de la columna vertebral, desde el límite superior despegando de arriba abajo hasta el otro límite extremo de la neoplasia, para luego incidir la membrana tiro-hioides rasando el borde del hioides, ó bien cortar las inserciones de los músculos supra-hioides si debe suprimirse aquel hueso.

Con unas pinzas se tira de la laringe hacia adelante y arriba, y se corta transversalmente la pared faringea en su borde superior; pasada una asa de seda resistente por el primer anillo traqueal que ha de conservarse, de otro corte transversal se separa con la laringe la parte de tráquea invadida juntamente con la de esófago canceroso.

159

Si el cancer alcanza la base de la lengua, con el dedo se aísla toda la región afecta extirpandola con las tijeras. De estar incluidos en la neoplasia yugular, carótida ó pneumogástrica se resecan (entre dos ligaduras las primeras) en toda la extensión dañada de los mismos; radicalismos que toleran perfectamente los enfermos. En el caso ^{citado anteriormente} ~~citado anteriormente~~ fué extirpado el paquete vasculonervioso del lado derecho, desde el nivel de la clavícula al del ángulo maxilar, la glandula submaxilar y mas de la mitad central del esternocleido del propio lado, con el hioídes y la base de la lengua, pudiendo el operado ^á los diez dias pasear tranquilamente por las salas de la clínica, sin resentirse lo mas mínimo de la resta practicada en su organismo.

A poder conservarse una porción de pared faringea posterior, se suturan los bordes de la piel á los bordes de la faringe, y el borde

superior del esófago al inferior cutaneo en su parte mas interna; de esta manera mas tarde puede hacerse la refección del conducto faringo-esofágico con una plastia cutanea, por el procedimiento de reversionamiento de ~~los~~ colgajos y deslizamiento complementario; y si la porción de hipofaringe respetada es algo extensa se suturan sus bordes longitudinalmente, y en la parte alta se une á la mucosa de la base de la lengua, pero en la mayoria de casos no es posible rehacer ni parcialmente la cavidad faringea y hay que proceder á la reunión de los colgajos cutaneos aplicados directamente sobre las masas musculares precervicales, para mas tarde practicar una plastia, de cuyas técnicas mas recomendables vamos á ocuparnos.

Una de las mas corrientes en estos operados consiste en trazar un colgajo superior central que se desplaza invirtiéndolo hacia abajo,

el cual formará la pared anterior del conducto, y se sutura á los bordes cutaneos de los colgajos epidérmicos que se han adherido al fondo de la herida, de primera intención y que constituyen las paredes laterales y posterior; otros dos colgajos laterales se desplazan hacia el centro y se suturan entre sí cubriendo la parte cruenta del colgajo superior terminándola con la sutura del borde inferior de este doble colgajo al esófago. No siempre es posible la plastia anterior porque si se ha tenido que suprimir toda la faringe y una porción de esófago, no quedando nada de la pared posterior es muy difícil lograr que se adhiera la piel al fondo, contra la columna vertebral y además los colgajos laterales tienen poca vitalidad para que se coaptan con el colgajo anterior. Por esta razón muchos operadores consideran irrealizable la construcción de un tubo epidérmico para suplir á la faringe y

156

esófago y dejan una sonda permanente en el esófago, aislando, como hace Glück la boca de la abertura esofágica con un puente epidérmico, colgajo lateral que se corre y sutura al otro lado y se adiere al fondo de la herida.

Cuando queda una porción de pared posterior de faringe y esófago á todo lo largo, entonces es factible una plastia de refección, valiendonos del proceder de Pean trazando dos colgajos superiores que se renversan y suturan entre sí y á los bordes de la mucosa y un colgajo lateral que se adapte á la parte cruenta de los colgajos, y una sutura doble superior cierra la pérdida de substancia.

Pero antes de proceder á operar estos enfermos, es preciso un examen detenido por esofagoscopia y buscar el límite inferior de la neoformación; de no poder limitarse la neoplasia inutil decir es imposible intervenirlos, mas esta imposibilidad existe igualmente, per-

que el fracaso es inmediato, cuando el limite de aquella es muy bajo, pues resulta difícil dejar totalmente libre de neoplasia la porción mediastínica y sus restos adquieren á los pocos dias proporciones desmesuradas. Cuando el enfermo presenta una gran masa cancerosa, cuyo límite superior invade la boca, ó el inferior, esofágico ó traqueal, cae por debajo del tercer anillo, es mas humanitario no ir á la operación, porque esta fracasa constantemente, y practicar una traqueotomia lo mas baja posible, colocando una cánula larga ó una sonda de caucho que llegue hasta el espolón traqueal.

Y terminaré señalando que aun en los casos de estar indicada la intervención los operados de vaciamiento precervical quedan en muy malas condiciones; condenados á las curas en el resto de sus dias, candidatos á la recidiva no lejana y siendo de otra parte bien poco halagüeña su vida de relación.

APARATOS FONADORES. - Para terminar nuestro estudio sobre tratamiento del cancer laríngeo parece oportuno decir cuatro palabras, respecto de los aparatos ideados para procurar á estos individuos faltos de laringe, un medio de comunicarse verbalmente con sus semejantes, aun cuando algunos llegan á intensificar y modular la voz faríngea de tal manera, que les permite prescindir por completo de la prótesis fonadora.

A propósito de ellos recordaré el caso de un laringectomizado por el Dr. Botey, que al ser presentado en la Sociedad Barcelonesa de Otorrinolaringología, se expresó claramente en voz faríngea, sosteniendo la tesis que ninguna falta hace la laringe para hablar, pues para lograrlo solo se necesita aire, centros nerviosos y boca; y de otro operado en el Hospital Clínico que pronunciando inteligiblemente

la mayoría de palabras á las tres semanas de intervenido, se hicieron estas luego mas borrosas y ahora con llevar ya algunos meses de laringectomizado se expresa de un modo bien poco aceptable, *debido a una fístula piriforme.*

Referente á los aparatos, con ser múltiples los inventados, aprovechando en unos el aire de la respiración é inyectandolo artificialmente en otros, todos tienen el mismo fundamento: producir una nota y darle articulación en el fondo de la boca; á su obtención convergen, igual los antiguos costosos y poco útiles, que los sencillísimos modernos, y precisamente estos últimos, (que usan los operados por Tapia y que como el dice se reúnen para entregarse á largas conversaciones) son los mas prácticos y los mas económicos. Consiste su esquema en un tubo metálico con lengüeta, que recibe aire de los pulmones y lo conduce al orofarinx logrando con éxito su cometido. Pero á su empleo aventaja el recurso de la voz faríngea, medio que necesita de cierta

160

educabilidad en este sentido del operado y de una paciente instrucción
encaminada á dicho objetivo.

161

CONCLUSIONES.

=====

Resumiendo cuanto llevamos dicho en este trabajo, hacemos las siguientes conclusiones:

PRIMERA.— El cancer laríngeo debe tratarse quirúrgicamente. El tratamiento médico será solo coadyuvante del quirúrgico.

SEGUNDA.— La traqueotomía únicamente se practicará en casos muy avanzados, como tratamiento paliativo. Se usará raras veces como precoadyuvante en una intervención curativa.

TERCERA.— A las operaciones endo-laríngeas se recurrirá para la biopsia.

CUARTA. — La tirotomía se empleará cuando la neoplasia invada el borde de una cuerda vocal, sin que esta haya perdido su me-

vilidad, asiente en la mucosa sin estar adherida al pericondrio y siempre que tenga reducido tamaño.

La laringostomia hará algo mas extensa la indicación.

QUINTA. - La hemi-laringuectomia solo será util cuando el cancer adherido al pericondrio no alcance la linea media, sin pasar del cricoides, ni llegar á la epiglotis.

SEXTA. - La laringuectomia total será necesaria siempre que el cancer intra-laringeo, manteniendose tal, rebase los limites que hemos fijado en la conclusion anterior.

SEPTIMA.- La laringuectomia total se practicará por el proceder, último, de Glück y con anestesia regional á la novocaina adrenalizada.

OCTAVA. - Los tumores extra-laringeos y cavitarios ya exteriorizados, se operaran por vaciamiento precervical, mas ó menos

163

extensa.

NOVENA. - Al éxito contribuyen por igual la corrección en la técnica y los minuciosos cuidados pre y post-operatorios.

164

No correspondería á los favores recibidos si, antes de dar por concluso este mal hilvanado trabajo, no reconociese agradecidísimo, cuanto me han facilitado la tarea mis queridos maestros los Doctores Sojo y Falgar; y no diera sentidas gracias á los Doctores Botey, de Barcelona; Castañeda de San Sebastian; Portela, de Cadiz; Santiuste, de Santander; Galdiz, de Bilbao y Candela, de Valencia; por la amabilidad con que me han proporcionado datos que en mucho aprecio y que de veras me han valido.

165

B I B L I O G R A F I A.

=====

Lenormant - Chirurgie de la tête et du Cou - 1928.

Moliné - Les tumeurs malignes du larynx - Patologie - Therapeutique - 1907.

Tapia. - Estudio crítico de los procedimientos de extirpación de la laringe. Revista española de laringología, ete-
logia y rinología - N° 5. 1914.

La aplicación de la anestesia local á la laringuectomia practicada segun el proceder de Glück - Annales des
maladies de l'oreille.... Feb. 1914.

Algunas consideraciones acerca del cancer laríngeo y su tratamiento - Bol. de lag- pag n° 42. 1908.

La laringuectomia total en dos tiempos - Bol de lag.

166

pag 149. 1907.

Un caso de extirpación de laringe - Academia Médico
Quirúrgica Española - sesión 5 Enero 1914.

Berard, Sagnon
y Besière.

Contribución al estudio de la laringuectomia. Historia.
Indicaciones. Técnica y resultados. - Archives Inter-
nationales de laryngologie..... nº 1, 2 y 3. 1914.

Mackensie.

Laringuectomia despues de traqueotomia, por epitelioma
de la laringe - Arch. intern de laryng.... Feb 1914
pag nº 94.

Perier.

Laringuectomia sán traqueotomia previa - Soc. de Cirg.
19 y 26 Mar. 1890.

Rueda.

Operatória laringea con anestesia local - Arch de rinol.
.....XXVI nº 190 pag 22.

167

Algunas modificaciones en la técnica de la extirpación total de la laringe - Academia Médico Quirúrgico Española 1911.

Silverio Hernández. Ventajas del método de Gluck en la laringectomía total - Rev. Española de Laring año IV pg 96.

Botey. La cirugía moderna del cancer laríngeo - Arch. de rinol. laring n° 190 pag 5 año 1915.

Nuevo método de implantación de la tráquea a la piel en la laringectomía total. La traqueotomía transversal superior - Arch. de Rinol.... XXII n° 173. 1911.

¿Cual es el mejor método de extirpación de la laringe ? Arch. de rinol.....XXIV n° 185/ 1913.

Algunas reflexiones sobre la tirotomía - Folleto 1913

167

Un caso de extirpación total de laringe en dos tiempos -
Soc. Barcelonesa de laring. 2 Mayo 1905.

Laringostomia en el tratamiento del cancer laríngeo -
Revis. de Ciencias médicas de Barcelona. 1910.

Dos casos de extirpación total de laringe con el método
de Glück. - Rev. de Medicina y Cirugía prácticas n°
1300. 1914.

Storl. Sobre un caso de laringuectomia total en dos tiempos -
Archivo Italiano di Otologia fas. 2 pag 150. 1913.

Delair. Laringe y Glotis artificiales - Ann des malad. de l'
oreille..... pag 285. 1904.

Ronget. La larynguectomie totale dans le cancer du larynx. 1912

Lazárraga. Dos extirpaciones totales de la laringe, paratónicas

bajo anestesia local. Revista de medicina y cirugía prácticas XXX. 1909.

Una modificación en la técnica de la laringuectomía. - Arch. rinol. laring. otolog. XXIV n° 185. 1913.

Le Bech y Real. Laringuectomía - Ann des maladies de l'oreille..... pag 324. 1903.

López Gómez. La laringuectomía en el cáncer laríngeo - Tesis de la Facultad de Medicina de Madrid. 1914.

Botella. Resultados del tratamiento del cáncer laríngeo y estadística de las operaciones practicadas en la clínica del Dr. Cisneros. - Bol de Laring pag 130. 1903.

Algunas modificaciones en la técnica de la extirpación total de la laringe - Cong. Español de Cirugía. 1908.

110

Cisneros.

Resultados del tratamiento operatorio del cáncer laringeo. Bol de laryg... Mayo-Agosto 1910 pag 65.

Valor é indicaciones del tratamiento quirúrgico del cancer laringeo - Discurso de la R. A. de Medicina de Madrid.

Extirpación total de la laringe por carcinoma, procedimiento de Perier, modificado. Bol de laryg. 1904. pag. 65.

Guisez.

Epitelioma del tercio inferior del esófago mejorado con el radium. Arch internationales de laryg. otol1913 - 12.

Memod.

Las hemorragias en las intervenciones endolaringeas. Arch. inter de laryg. otol et rhin...1913 1

- Cortés Lladó. Tratamiento del cáncer. Tesis del doctorado.
1913.
- H. Caboche. Epitelioma de la cuerda vocal derecha. Laringe-
fisura, curación datando de cuatro años y medio,
con regeneración de la cuerda vocal. Arch.inter.
de laryg. othol et rhin... XXXIV n° 1.
- Ferreri. Aplicación del radium en los procesos laringeos.
2° Congreso de larinrrinología de Viena.
- Gasel y Chapins. Epitelioma laringeo simultaneo con un cancer de
la pierna. Societé des sciences médicales de Lyon.
1896.
- Tratamiento del cáncer. Le Monde Medicales, edi-
ción española n° 490 - 1915.

172

Cáncer y micosis. Le Monde medical. edición
española. n° 502 - 1915.

Santiuste.

Castañeda.

Portela.

Cartas particulares.

Galdiz.

Candela.

====

Barcelona - 10 octubre - 1915

[Signature]

Leído
Julio F. Falcón

Leído
R. Mollá y F. Pozeta

Verificó el ejercicio del grado de doctor y fue cali-
ficado de probado
Madrid 15 de diciembre de 1905

Francisco Rodríguez
y Hermanos

F. Pozeta

R. Mollá

Secretario del Tribunal
Julio Falcón

Francisco Villaverde